

Traitement de l'Ophtalmie sympathique

par les

DÉRIVÉS SALICYLÉS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le samedi 25 avril 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

BARAIL (Paul-Charles)

Né à Nancy le 26 mai 1901

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. ETIENNE, professeur *Président.*
ROBERT, professeur }
CAUSSADE, agrégé } *Juges.*
JEANDELIZE, agrégé }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES

1925

Traitement de l'Ophtalmie sympathique

par les

DÉRIVÉS SALICYLÉS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le samedi 25 avril 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

BARAIL (Paul-Charles)

Né à Nancy le 26 mai 1901



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. ETIENNE, professeur	Président.
	ROBERT, professeur	Juges.
	CAUSSADE, agrégé	
	JEANDELIZE, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

SOCIÉTÉ D'IMPRESSIONS TYPOGRAPHIQUES

1925

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, *, I *

Assesseur: M. E. SIMON, *, I *

Doyen honoraire: M. F. GROSS, O *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *; PRENANT, *, I *;
F. GROSS, O *, I *; HERRGOTT, O *, I *; WEISS, O *, I *

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie.....	L. GARNIER, I *
Hygiène.....	E. MACÉ, *, I *
Clinique médicale.....	E. SIMON, *, I *
Histoire naturelle médicale.....	P. VUILLEMIN, *, I *
Médecine légale.....	P. PARISOT, O *, I *
Clinique des maladies des enfants.....	P. HAUSHALTER, *, I *
Anatomie pathologique.....	L. HOCHÉ, *, I *
Clinique médicale.....	G. ETIENNE, *, I *
Clinique chirurgicale.....	A. VAUTRIN, *, I *
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	L. SPILLMANN, *, I *
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	R. FRÉLICH, *, I *
Physiologie.....	M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements.....	A. FRUHHNSHOLZ, *, I *
Histologie.....	R. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive.....	M. LUCIEN, *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	P. JACQUES, *, I *
Clinique des voies urinaires.....	P. ANDRÉ, *, I *
Clinique chirurgicale.....	G. MICHEL, *, I *
Pathologie interne et clinique médicale pro- pédeutique.....	L. RICHON, *, I *
Physique.....	DUFOUR, *, I *
Chimie médicale.....	H. ROBERT, I *

Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies tuberculeuses (I).....	M. PERRIN, *, I *, agrégé.
Thérapeutique.....	M. PERRIN, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (I).....	J. PARISOT, O *, I *, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie géné- rale.....	J. PARISOT, O *, I *, agrégé.
Pathologie externe.....	A. BINET, I *, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (I).....	A. BINET, I *, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses.....	L. CAUSSADE, I *, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	P. JEANDELIZE, A *, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	R. LALANNE, I *
Cours d'hydrologie.....	M. PERRIN, *, I *, agrégé.
Médecine opératoire.....	M. BARTHÉLEMY, *, I *, agrégé
Electrothérapie et radiologie.....	LAMY, I *, agrégé.
Education physique.....	P. MATHIEU, I *, agrégé.
Accouchements (cours théorique).....	L. JOB, *, I *, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. M. PERRIN, *, I *	MM. P. JEANDELIZE, A *	MM. MUTEL, *, I *
G. THIRY, *, I *	L. CAUSSADE, I *	WATRIN, *, I *
J. PARISOT, O *, I *	M. BARTHÉLEMY, *	HAMANT, I *
P. MATHIEU, I *	I *	CORNIL, I *
L. JOB, *, I *	LAMY, I *	DE LAVERGNE, *, A *

Agrégés libres

G. GROSS, *, I *; S. REMY, I *;
BUSQUET, I *; BINET, I *; FAIRISE, A *

M. A. PACAUD, I *, Secrétaire

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, I *, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle s'entend ni les approuver ni les improuver.

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère

A mon Frère

Meis et Amicis

A mon Président de Thèse :

M. le Professeur G. ETIENNE
Professeur de Clinique Médicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes Juges :

M. le Professeur ROBERT,

M. le Professeur agrégé CAUSSADE

M. le Professeur agrégé JEANDELIZE

Qui nous a inspiré ce travail et nous a
prodigué ses précieux conseils, faible
témoignage de notre reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

La recherche d'un traitement spécifique de l'ophtalmie sympathique a donné lieu à de nombreuses expériences qui, jusqu'ici n'ont pas abouti à des conclusions nettement positives. Il nous a paru intéressant de mettre en lumière quel était le pouvoir thérapeutique, si souvent contesté, de la médication salicylée, et de voir si, de l'ensemble des observations relatant l'emploi de cette médication, il était possible de dégager une conclusion lui fixant une valeur exacte.

Avant d'aborder le vif de notre sujet, nous nous proposons de faire dans notre premier chapitre un bref exposé du traitement général de l'iridocyclite sympathique; puis nous relaterons dans le chapitre deuxième les essais successivement tentés avec diverses médications spéciales.

L'étude proprement dite du traitement salicylé comprendra l'histoire, le mode d'emploi et la posologie des divers dérivés salicylés, les observations, les résultats et leur discussion, un essai d'interprétation du mode d'action de ces médicaments, enfin, une conclusion.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547423_0050

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT GÉNÉRAL DE L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

On a voulu voir dans l'ophtalmie sympathique une affection évoluant avec prédilection chez des sujets de constitution faible ou surmenés, affaiblis, mal alimentés; chez des enfants présentant la diathèse lymphatique. Certains auteurs ont cru infirmer cette théorie en signalant des cas où l'ophtalmie sympathique avait été favorablement influencée par une maladie fébrile intercurrente.

Il nous semble que cette objection soit mal fondée, car il est certain que l'apparition d'une maladie générale ne peut, à son début du moins, que renforcer le pouvoir de défense des éléments figurés du sang. Les cas sont d'ailleurs fréquents d'affections locales quelconques guéries à la faveur d'une maladie générale.

Quoiqu'il en soit, le malade atteint d'ophtalmie sympathique vraie sera mis au repos, et soumis à une alimentation suffisante. On veillera à ce que ses selles soient régulières et l'on interdira l'alcool sous toutes ses formes. Le malade se servira le moins possible de ses yeux et

l'éloignement du foyer familial sera prescrit chaque fois qu'il sera possible.

La saignée a pu rendre de grands services, surtout à l'apparition des symptômes d'inflammation. Schirmer conseille une friction mercurielle le matin, associée à du calomel interne et à une saignée vespérale.

L'iode, la quinine, la cure de sudation à la pilocarpine (3 à 4 jours), la méthode de Bier, la cure d'obscurité sont autant de facteurs accessoires à efficacité variable suivant les sujets, et dont l'emploi est destiné à aider l'action des médicaments locaux et des médications internes devant agir à distance sur l'organe atteint.

En présence d'une plaie pénétrante de la région ciliaire, quelle sera la conduite à tenir ?

Ici encore, les avis sont partagés et nous devons, ou bien avec Morax, énucléer dans les 14 jours qui suivent l'infection, ou bien, avec Poulard, instituer un traitement comportant l'expectative armée. Dans la première hypothèse, l'énucléation faite, on désinfectera l'orbite vide avec du cyanure de mercure et on instituera le traitement général. Dans la deuxième hypothèse, avant tout autre traitement, on désinfectera les plaies de la région ciliaire, on réséquera les hernies iriennes, et on fera un recouvrement conjonctival à plusieurs sutures après avivement parfait ou cautérisation ignée des lèvres de la plaie. On injectera une pleine seringue de solution à 1 pour 1.000 de cyanure de mercure dans la profondeur du tissu orbitaire. Le recouvrement conjonctival constitue un excellent moyen de protection qui ferme la porte à l'infection. Il va de soi que s'il existe un corps étranger accessible, l'extraction en sera faite au plus tôt. Si on ne

peut l'atteindre, et si l'œil reste enflammé, on énucléera.

En présence d'une ophtalmie sympathique déclarée, le problème est dans la majorité des cas simplifié. On pratique l'énucléation curative de l'œil sympathisant. Mais il arrive que celui-ci soit presque guéri d'une iridocyclite ayant précédé la sympathisation de l'autre œil, qu'il ait recouvré une acuité convenable. Et le dilemme se pose plus angoissant que jamais : enlèvera-t-on cet œil qui voit, pour conserver l'autre qui semble souvent très compromis? Cantonnet n'hésite pas dans ces cas, heureusement rares, à sacrifier l'œil sympathisé au profit du sympathisant cicatrisé.

Le traitement local consistera en instillation d'atropine, chauffage sec de l'œil, lunettes fumées, injections sous-conjonctivales en arrière de l'œil sympathisé, de cyanure de mercure, à 1 pour 1000, avec ou sans paracentèse de la chambre antérieure, pansement hydrargyrique, sangsues périorbitaires pour diminuer l'hyperhémie ciliaire et le chémosis dû au liquide injecté. Darier conseille d'instiller le collyre suivant:

Sulfate neutre d'atropine.....	0,03
Dionine	0,20
Chlorhydrate de cocaïne	0,10
Sol. de cyanure de mercure à 1 p. 1000, gr.....	10,00

Komato préconise l'ablation de tissu cellulaire de l'orbite.

Citons pour mémoire des procédés abandonnés, tels que l'immobilité dans l'obscurité, la blépharoraphie, l'iridectomie, l'introduction d'un bâtonnet d'iodoforme dans la chambre antérieure.

Le traitement médical proprement dit sera, ainsi que le recommande Cantonnet, celui de toute maladie infectieuse : on essaiera tout.

Successivement ont été mis en œuvre pour combattre l'ophtalmie sympathique : le mercure, la belladone, le salicylate de soude en ingestion et en injections intraveineuses, l'énésol intraveineux, l'atophan, le novatophan, le salvarsan, les abcès de fixation, le lait, le radium, les colloïdes (électrargol, électrocuprol, électrosélénium) intraveineux ou intramusculaires, les extraits de corps ciliaire (Dor), les sérums (antidiphthérique, antityphique, tuberculines, l'autosérothérapie.

CHAPITRE DEUXIEME

ETUDE SOMMAIRE

des divers agents successivement mis en œuvre
pour combattre l'ophtalmie sympathique

Nous laissons à dessein de côté la question du traitement chirurgical qui a fait l'objet de travaux très complets auxquels le lecteur voudra bien se reporter.

1° Le mercure. Utilisé depuis très longtemps en oculistique, ce médicament, employé sous forme d'onguent gris en frictions, a donné des résultats heureux à quelques observateurs dans le traitement des formes aiguës d'iridocyclite sympathique. On donne jusqu'à 6 et 8 grammes par jour. Le grave inconvénient de cette médication est la fréquence des accidents d'hydrargyrisme, devant lesquels on est obligé de cesser le traitement. Baudry a recommandé les injections intraveineuses de sels solubles de mercure (cyanure). Une statistique de la Société anglaise de Kingdom en 1886 montre que sur 90 cas d'ophtalmie sympathique, 50 guérissent, dont 25 traités par le mercure ; les 25 autres cas auraient une évolution naturelle favorable. L'efficacité du mercure reste donc à démontrer. On l'associe volontiers au traitement salicylé.

2° Salvarsan et néosalvarsan. Gifford en 1908 donne le premier de l'arsenic dans l'ophtalmie sympathique sous forme d'atoxyl. Divers auteurs, Fleischer, Siegrist ont des résultats divers avec le salvarsan combiné à des injections sous-conjonctivales de sels mercuriques. Coppez cite 17 observations dans lesquelles la formule leucocytaire était modifiée à la suite d'injections de néosalvarsan. Browning, convaincu de la valeur thérapeutique du néosalvarsan dans l'ophtalmie sympathique, va jusqu'à préconiser son emploi à titre prophylactique avant l'énucléation. Waldeck, partisan de la théorie microbienne de l'ophtalmie sympathique croit à une action spirillicide spécifique du salvarsan dans cette affection. D'autres auteurs, Zuntz, Stocker n'ont aucun résultat avec ce produit.

3° Radium. Le premier, Williams appliquant le radium sur un œil sympathisé, guérit son malade. Le radium est très bien supporté par l'œil. Il ne semble pas que la littérature moderne soit riche en observations traitant ce sujet.

4° Métaux colloïdaux. Schlösser prétend que l'ophtalmie sympathique est définitivement vaincue depuis l'emploi du collargol par voie intramusculaire. Cet auteur n'a jamais observé de récidives. La réaction observée après l'injection est indépendante du colloïde employé (collargol, électrargol, électrocuprol, électrosélénium). Plusieurs auteurs, tout en émettant certaines réserves à propos des affirmations de Schlösser, s'accordent à concéder une certaine valeur prophylactique aux métaux colloïdaux. Peters reprit la question et obtint des résultats

étonnants avec ce mode de traitement de l'ophtalmie sympathique ; il recommande les colloïdes dans la cure des iritis d'origine douteuse ou inconnue. Ce traitement n'est en tout cas pas dangereux et reste inoffensif chez l'enfant et chez l'adulte. Wessely, Best et d'autres n'ont aucun succès dans l'emploi de cette médication. Enfin, Gilbert se refuse à accorder aux métaux colloïdaux un pouvoir prophylactique. M. Morax leur préfère l'arsénobenzol et voit dans l'énucléation le seul agent préventif de l'ophtalmie sympathique jusqu'à ce jour.

5° Extraits opothérapiques et sérums. M. Dor, de Lyon, a pensé que le corps ciliaire contenait des substances chimiques qui retiennent la fibrine et les matières albuminoïdes qui font défaut dans les yeux en état d'inflammation. Il fit des essais d'injections parentérales d'extrait d'œil de bœuf, et n'obtint pas de résultat appréciable. En Allemagne Heckel reprit les mêmes expériences sans plus de succès.

Gasparrini, se basant sur l'hypothèse de la transmission des agents pathogènes par les gaines optiques, fit des essais avec du sérum antidiphthérique ; ces expériences ne se montrèrent pas à l'appui de la théorie de la migration. Zur Nedden se sert de sérum de malade atteint d'ophtalmie sympathique et provoque chez le lapin des troubles oculaires graves. Il prend sur l'animal rendu aveugle par ophtalmie sympathique expérimentale, 20 centimètres cubes de sérum et les injecte à un autre lapin souffrant depuis douze semaines de réaction inflammatoire de même nature. Le résultat est surprenant : en deux jours l'inflammation a regressé ; l'auteur admet dans ce cas l'action des anticorps. Brons et Clairborne

font des expériences analogues, sans résultat aucun.

Bernheimer relate le cas d'une fillette chétive, chez laquelle la réaction à la tuberculine était positive et qu'il traita par une émulsion de bacilles. L'ophtalmie sympathique guérit. Cet auteur croit à la mise en liberté d'anticorps non spécifiques. Chaque injection de tuberculine est suivie d'une élévation de température.

Darling emploie le sérum antityphique ; Mayweg le sérum antidiphthérique. Il semble que ces agents thérapeutiques influent sur l'économie par le choc qu'ils déterminent, choc assimilable au choc colloïdoclasique.

6° Galactothérapie. Berneaud employa la galactothérapie avec une moyenne de 30 p. 100 de succès. Cette méthode, si précieuse dans les diverses affections oculaires ne semble pas donner, dans l'ophtalmie sympathique, les succès que l'on en attendait. Fradkine croit pourtant que le lait agit avec élection sur la maladie en évolution, alors que l'autosérothérapie est uniquement un traitement de début. Ce mode de traitement est encore relativement peu étudié.

7° Autosérothérapie. — Introduite en médecine générale en 1894 par Gilbert, elle fut pour la première fois mise en œuvre en ophtalmologie par le professeur Rohmer, de Nancy, qui fit une série de communications se rapportant à cette méthode nouvelle entre 1904 et 1913. Rohmer fils, dans sa thèse de doctorat, conclut qu'il ne paraît pas que, dans les cas d'ophtalmie sympathique bien caractérisés, les injections d'autosérum aient une action bien efficace sur l'évolution de la maladie ; il ne constate pas de choc après l'injection sous-conjonctivale de sérum décanté ou de sérosité de vésicatoire.

On sait que tout sérum hétérogène peut déterminer dans un organisme des phénomènes d'anaphylaxie, même injecté à faibles doses et par voie sous-cutanée ou sous-conjonctivale. L'autosérum lui-même, au bout d'un temps très court passé hors l'organisme, devient hétérogène par suite de l'altération de ses albumines. Ces albumines sont un antigène pour l'organisme qui va les récupérer. On ne peut donc éviter sûrement l'anaphylaxie qu'en injectant **immédiatement dans l'organisme** le sérum qui vient d'y être prélevé.

Plus récemment, Guiral père et fils ont observé en 18 mois plus de 20 cas d'ophtalmie sympathique avec conservation des deux yeux. Ces auteurs admettent la théorie d'Elschnig sur la pathogénie de cette affection et émettent à titre de loi les règles suivantes: a) l'uvée, à cause de son pigment, possède une spécificité d'organe; b) elle a le pouvoir d'agir comme antigène chez un animal homologue; c) elle manque de spécificité d'espèce; d) le pigment uvéal absorbé dans un œil produit une hypersensibilisation du second œil lequel donne lieu à des phénomènes anaphylactiques lorsqu'on effectue la « perfusion » de l'œil sain avec du sérum chargé d'antigène. Les expériences des auteurs concluent à ce fait paradoxal que le pigment d'un œil sympathisant n'a rien de spécifique, puisque le pigment d'un œil sain peut déterminer l'ophtalmie sympathique. Ces expériences, d'ailleurs, faites sur le lapin ne correspondaient pas exactement à la réalité, car les auteurs constataient les phénomènes d'anaphylaxie après une injection déchaînante; or, si l'on admet que l'ophtalmie sympathique est une maladie due à la sensibilisation de l'organisme et de

l'œil par un antigène, il ne peut s'agir à proprement parler d'anaphylaxie, car il n'y a rien qui corresponde à une injection préparante dans le processus de la maladie ; de plus, il est rare d'observer un choc au cours de l'autosérothérapie, alors que les lapins d'expérience de Guiral en présentaient de très violents. Enfin, on peut objecter à la théorie d'Elschnig que l'action préventive indubitable de l'énucléation ne trouve pas d'explication suffisante dans son hypothèse.

Quoi qu'il en soit, Guiral père et fils, affirment, sur 20 cas, avoir guéri 18 malades sans énucléation. Il est très probable que le traitement a été appliqué très précocement, car c'est jusqu'à présent le plus beau bilan que renferme l'immense littérature se rapportant à l'ophtalmie sympathique.

8° Les composés salicylés. — Nous leur consacrons le chapitre suivant.

CHAPITRE TROISIEME

TRAITEMENT PAR LES DÉRIVES SALICYLÉS

§ I. - Historique

Les communications de Harold Gifford qui préconisa le premier en 1899, puis en 1902, le salicylate de soude à hautes doses comme traitement de l'ophtalmie sympathique, ne trouvèrent aucun crédit, si ce n'est en Amérique, de sorte que cet auteur se vit obligé de revenir à nouveau sur cette question en 1910, apportant à l'appui une série d'observations probantes. C'est alors qu'il établit définitivement ce qu'en Amérique Bane, Campbell, de Schweinitz, Webster et Baker, en Allemagne Heuse et en Suède Lindahl et Widmark avaient constaté au cours d'expériences favorables, et il proposa de donner 1 gr. de salicylate de soude par 6 kilogr. 5 de poids du corps, jusqu'à 13 gr. par jour, en moyenne 10 gr. chez l'adulte, pendant au moins 3 à 6 jours consécutifs, à moins d'intolérance idiosyncrasique insurmontable. Après la cessation des symptômes d'inflammation, écrivit Gifford, on continuera le traitement durant deux à trois semaines, traitement qui reste compatible avec le

traitement d'autres affections oculaires. En cas de troubles digestifs graves, on emploiera la voie rectale.

Cette méthode est, d'après Gifford, bien supérieure à l'onction hydrargyrique; mais, au besoin, le traitement mercuriel sera employé concurremment avec le salicylate, ainsi qu'un traitement général approprié.

A part Veasey et Lindahl, ce fut, en Europe, Widmark qui insista avant tous sur l'utilité de l'emploi du salicylate de soude et de l'aspirine dans le traitement de l'ophtalmie sympathique, avec à l'appui 12 observations dont 8 comportant un résultat très favorable.

Plus tard, Troell, Nance, Strader, Connor, Clark, Sutphen, Preibis, puis Alexandrer recommandent ce produit, de même que Heath, Randolph, puis Welton qui donnent en même temps un traitement mercuriel.

Mende relate une amélioration chez un sujet de 72 ans avec 10 gr. par jour. De même Blue, Pearson et Zentmayer observent de bons résultats, Fränkel loue à son tour les hautes doses de salicylate de soude.

Stock, en 1911, chercha à éviter les troubles gastriques si fréquents dans l'emploi en thérapeutique du salicylate de soude et de l'aspirine en lui substituant une autre préparation salicylée, la benzosaline, qui, donnée à doses de 20 gr. par jour, n'occasionne que de légers troubles. Bernheimer et A. Peters confirment les heureux résultats de cette médication, qu'ils considèrent comme une nouvelle arme efficace contre la terrible maladie qui nous occupe.

Plus tard, Rothholz conseille, ainsi que Distler et Stargart, la benzosaline, dont l'emploi fut suivi d'évolution favorable de l'affection primitivement traitée sans succès

par le mercure et le salvarsan. Actuellement, ce produit n'est plus employé.

Au cours de la guerre, où, heureusement, les cas d'ophtalmie sympathique furent rares, la médication salicylée fut abandonnée peu à peu au bénéfice de préparations telles que l'atophan et le novatophan à doses égales, qui donnèrent, à Gifford en particulier, de beaux succès thérapeutiques. Le prix seul de ces médicaments mit un obstacle à de nouvelles recherches.

En France, M. Dor, de Lyon, reprit la question et parvint à rassembler un certain nombre d'observations au cours de la guerre et après la guerre, de malades traités par le salicylate de soude, et nettement guéris. Il reste à présent l'un des rares partisans d'une médication à notre avis trop tôt abandonnée au profit de méthodes empiriques ayant sur elle le désavantage de n'avoir point fait leurs preuves.

Nous avons groupé dans ce travail les principales observations concernant des malades atteints d'ophtalmie sympathique et traitées par les salicylés depuis les premiers essais de cette thérapeutique jusqu'à nos jours.

Avant de discuter leur valeur et leur mode d'action, nous désirons exposer le mode d'emploi et la posologie de la médication salicylée dans les domaines de la médecine générale et de l'ophtalmologie.

§ II. - Mode d'emploi des salicylés



Le salicylate de soude est reconnu depuis plusieurs années comme un agent de grande valeur dans le traitement de nombreuses affections oculaires. Il a été utilisé couramment dans les maladies aiguës de l'uvéa depuis Harold Gifford et Widmark qui montrèrent les premiers sa valeur à très hautes doses, notamment dans le traitement de l'ophtalmie sympathique. On l'a employé avec bénéfice dans les sclérites et la névrite rétrobulbaire aiguë. Gifford recommande d'administrer per os 1 grain de ce médicament par jour et par livre de poids du corps (environ 15 centigrammes par kilogramme), ce qui revient à donner 10 à 13 grammes de salicylate par jour. L'auteur poursuit ce mode de traitement, sans se soucier des manifestations toxiques qu'il peut provoquer, pendant 3 à 6 jours consécutifs, à moins d'intolérance absolue. Le malade est mis au lit et prend 2 grammes cinq fois par jour dans un demi-verre d'eau additionnée de deux cuillerées à café d'eau-de-vie. Une fois qu'ont disparu les symptômes aigus d'inflammation, on cesse trois jours, mais on continue le traitement à raison de 3 jours par semaine pendant un mois.

L'auteur insiste sur la nécessité des fortes doses, en particulier dans l'ophtalmie sympathique, mais aussi dans de nombreux cas d'iritis, kératite interstitielle, et infections oculaires d'origines diverses non spécifiques.

Si l'intolérance est telle que le malade délire et vomit après l'ingestion du médicament, on en donne par voie rectale, 4 gr. dans un verre d'eau tiède deux ou trois fois par jour.

Gifford attire l'attention sur le fait que bien des malades insensibles ou légèrement influencés par l'action de 8 grammes *pro die* de salicylate sont immédiatement améliorés par une dose légèrement supérieure, soit 10 gr., par exemple.

Il faut donc tâter la susceptibilité de chaque malade vis-à-vis de ce médicament et ne pas croire à l'insuccès lorsqu'il s'agit uniquement de mise au point quantitative.

En 1889, Schœler avait essayé des injections intra-oculaires de salicylate de soude en solution à 50 p. 100, dans l'iridocyclite suivie de panophtalmie et avait obtenu de bons résultats ; mais ces injections produisaient un trouble définitif du vitré, ce qui revient à dire que ce mode de traitement guérissait l'affection en tant que processus inflammatoire, mais ne restituait pas à l'œil malade sa fonction visuelle intégrale.

Fromaget et Laffay, en 1897, ont fait sur le lapin les premières injections sous-conjonctivales de salicylate de soude (un quart de centicube de solution à 50 p. 100). Deux jours après, la conjonctive et la cornée étaient en bouillie de suppuration.

Bouteuil préconisa les collyres et les bains oculaires de salicylate de soude, qui favorisent la rapidité d'absorption de ce médicament, mais il recommanda que ce mode de traitement fût associé à l'ingestion massive par voie stomacale du même produit.

Le gros écueil qui s'oppose très souvent à l'administration par voie gastrique du salicylate est l'intolérance de l'estomac à l'égard de cette substance. Elle se manifeste par de l'anorexie, du pyrosis, des nausées, des vomissements, auxquels ne tardent pas à s'ajouter des symptômes généraux d'intoxication, tels que le délire. L'absorption per rectum n'atténue ces phénomènes que dans une faible mesure. C'est pourquoi les recherches se sont dirigées vers un autre mode d'application du traitement salicylé, la voie intraveineuse, qui est en général très bien supporté.

Les effets excessivement rapides et frappants du salicylate administré par voie intraveineuse dans le rhumatisme articulaire aigu furent relatés pour la première fois par Herzfeld et Mendel qui employèrent sous le nom d'*Attritin* une solution à 17,5 p. 100 de salicylate dont ils injectaient 2 à 4 centimètres-cubes par jour. C'est d'ailleurs depuis Mendel que la voie intraveineuse est devenue d'un emploi courant pour toute une gamme de substances, notamment pour l'arsenic et les sels mercuriels solubles dans le traitement de la syphilis.

Dans le domaine de la médecine générale, l'emploi du salicylate de soude intraveineux s'est répandu dans le cours des dernières années et tend à remplacer peu à peu son emploi par voie stomacale. On constate de plus que pour des résultats thérapeutiques équivalents, les doses de salicylate de soude à injecter directement dans la circulation sont de l'ordre du dixième de celles à prescrire par voie gastrique ou rectale.

Renaut, en 1908, traite avec succès un cas de rhumatisme cérébral par le salicylate de soude intraveineux.

Plus tard, Weill-Hallé et Chabanier emploient dans la sciatique 1 gr. 50 de salicylate dissous dans 75 grammes d'eau distillée, soit une solution à 2 p. 100 qu'ils injectent en une seule fois dans une veine du pli du coude. Dans le traitement des varices, Sicard, Paraf et Lermoyer utilisent comme injection sclérosante une solution de salicylate de soude à 30 p. 100, à dose de 2 centicubes; de même Coury se sert de la solution salicylée à 25 p. 100 jusqu'à concurrence de 4 grammes par jour de substance active.

En pédiatrie, Noël-Fiessinger, de même Lesné et Guinon emploient chez les enfants à intolérance gastrique le salicylate de soude à 50 p. 100 intraveineux, à dose de 0 fr. 25 de substance active par année d'âge. On n'observe d'ailleurs pas, chez les enfants, de choc à la suite de ces injections. Ces auteurs recommandent d'associer, si possible, l'ingestion per os à l'injection.

En ophtalmologie Edward Jackson préconise de préférence l'usage du salicylate de soude intraveineux dans les cas d'iritis aigu avec douleurs atroces, qui résistent aux applications chaudes et à l'atropine et ne sont que faiblement atténuées par la morphine. L'effet, dans ces cas, est ressenti parfois au bout d'une à quelques heures, au point de procurer au malade une bonne nuit de repos: c'est l'acheminement vers la guérison. Le même bénéfice est obtenu dans les cas chroniques en deux ou trois jours. Il est bien évident que tous les cas de sclérite ou d'uvéite ne sont pas influençables au même degré par ce mode de traitement, et que le traitement causal de l'affection et le traitement local dans chaque cas particulier, doivent rester des facteurs importants de succès.

Melville Black relate le cas d'un malade atteint d'iritis aigu avec douleurs intolérables. Plusieurs jours de traitement à l'atropine n'avaient pu avoir raison de nombreuses synéchies postérieures. Il fit au malade une seule injection intraveineuse de salicylate de soude de 15 grains (0 gr. 97). L'œil resta indolore pendant une heure, et, le lendemain, toutes les synéchies avaient disparu ; l'humeur aqueuse était redevenue claire et la rougeur de l'œil avait considérablement diminué. L'injection fut répétée cinq jours de suite, au bout desquels l'œil était complètement guéri. L'auteur affirme avoir répété cette expérience à plusieurs reprises avec un succès constant.

En particulier, Black relate un cas d'infection consécutive à une iridectomie précédant une opération de cataracte. Le quatrième jour, le globe oculaire était fortement injecté et le tiers de la chambre antérieure rempli d'exsudat jaunâtre. L'œil était très douloureux, et l'auteur le considérait comme perdu. Il fit une injection intraveineuse de salicylate de soude au malade : la douleur disparut en quelques heures et le lendemain l'hypopyon avait diminué de moitié. Les injections furent poursuivies tous les jours pendant une semaine au bout de laquelle l'hypopyon avait totalement disparu et l'œil était débarrassé de toute inflammation. La guérison fut complète, favorisée par des instillations de collyre à l'atropine.

Black emploie le salicylate de soude en ampoules de 5 centicubes contenant 15 grains (pratiquement 1 gr.) de substance active.

Darier emploie la formule suivante (solution à 20 p. 100) :

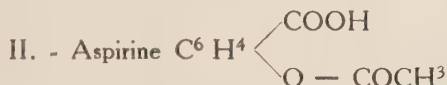
Salicylate de soude, 5 grammes.

Caféine, 0 gr. 50.

Eau stérilisée, 25 cc.

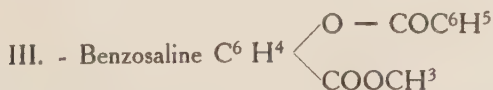
3 à 6 cc par jour en injections intraveineuses.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le mode d'administration par voie intraveineuse du salicylate de soude a l'avantage d'éviter les troubles gastriques et généraux si fréquent à la suite de l'ingestion massive par voie gastrique de ce produit.



C'est l'acide acétyl-salicylique (éther acétique de l'acide salicylique).

Ce composé a été très peu employé comme succédané du salicylate de soude en ophtalmologie, car il semble que prescrit à hautes doses, les troubles gastriques qu'il provoque soient plus prononcés que ceux causés par le salicylate de soude à doses égales. Axenfeld le préconise dans l'ophtalmie sympathique à dose de 10 grammes par jour. A la clinique de l'Université de Fribourg l'aspirine a été employée dans cette affection à des doses de 10 grammes et plus par jour.



C'est l'éther méthylique de l'acide benzoyl-salicylique; ce produit se présente sous la forme d'une poudre blan-

che insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme; il se décompose en présence d'alcalis.

Stock en 1910-1911, en présence des inconvénients souvent insurmontables que présente l'administration à hautes doses du salicylate de soude et de l'aspirine, même associés à du bicarbonate de soude pour faciliter leur ingestion, diminuer l'intolérance gastrique et l'anorexie qui en résulte, chercha un composé salicylé qui fût supporté sans inconvénients à hautes doses. La benzosaline réalise cette condition, puisque l'auteur en donne jusqu'à 20 grammes par jour (4 grammes toutes les deux heures) suivis d'ingestion d'un peu de lait ou d'eau, sans observer de troubles ni du côté du tube digestif, ni du côté de l'état général.

La benzosaline semble n'avoir été employée qu'en Allemagne ou, après Stock, Distler et Rothholz l'expérimentèrent successivement.

§ III. - OBSERVATIONS

I. — OBSERVATIONS (Résumées)

(Heuse, 1901)

I. — Ouvrier serrurier de Solingen âgé de 24 ans, ayant perdu son œil droit par blessure dix mois auparavant. Le malade voit, 3 semaines avant de consulter, se développer dans l'œil gauche une affection sympathique. On trouve le moignon de l'œil droit légèrement injecté et douloureux, tandis qu'à droite, des synéchies iriennes, un dépôt granuleux à la face postérieure de la cornée, un trouble du vitré et des douleurs ciliaires présentaient le tableau de l'ophtalmie sympathique. L'énucléation du moignon n'influence pas l'œil gauche. L'auteur tente alors de grosses doses de salicylate de soude contre cette affection jusqu'alors rebelle. Il donne 5 gr. par jour pendant plusieurs semaines. Déjà à la fin de la première semaine, on constate une amélioration remarquable qui s'accroît et au bout de 5 semaines, l'œil est complètement guéri. Les synéchies ont disparu, les milieux sont redevenus transparents ; l'ophtalmoscope montre seulement en bas un léger pointillé de la choroïde. Le fond d'œil est intact.

II. — Jeune apprenti serrurier de 15 ans qui avait perdu son œil droit étant tout enfant. Le cristallin était cataracté, on voyait des synéchies anciennes et une cicatrice linéaire de la cornée. L'œil était complètement aveugle.

Au moment où le malade se présente, l'œil droit est rouge et douloureux à la pression. L'œil gauche présente de l'iritis séreux avec synéchies épaisses et trouble du vitré. L'auteur suppose une attaque d'ophtalmie sympathique. Il énuclée et trouve un éclat d'acier enfoncé profondément dans la sclérotique à la partie postérieure, où il avait séjourné plusieurs années sans provoquer d'inflammation.

Des doses de 4 gr. de salicylate de soude jugulèrent en 14 jours l'infection. Le vitré était clair, l'exsudation de la cornée avait disparu et la pupille était dilatable au maximum par l'atropine. Il restait une légère injection périkeratique et l'auteur voulait continuer le traitement, mais le malade quitta la clinique inopinément et ne donna pas de ses nouvelles.

III. — Jeune apprenti serrurier de 14 ans, d'Eberfeld, ayant un gros fragment d'acier dans une plaie pénétrante du bulbe ; le corps étranger se trouvait à l'œil droit, à la limite de la cornée au quadrant supérieur interne. La cristalloïde était lésée sur sa circonférence et l'iris en séclusion. Dans la plaie se trouvaient des membranes qu'on enleva. La blessure fut refermée et on fit une injection sous-conjonctivale de sublimé.

L'œil ne guérit pas et il resta une injection périkeratique si marquée que son aspect commanda l'énucléation. Cette opération fut ajournée, car tout espoir de conservation, fonctionnelle n'était pas perdu.

Mais, au début de la septième semaine apparut une affection sympathique de l'œil gauche. L'énucléation fut pratiquée aussitôt et paraît être couronnée de succès. Les synéchies se fondirent, la pupille s'élargit au maximum et le bulbe pâlit progressivement. Il restait seulement une très légère rougeur périkeratique témoignant que l'inflammation sympathique n'avait pas totalement régressé. En raison du mauvais résultat que l'auteur avait obtenu quelque temps auparavant en traitant une cataracte congénitale bilatérale avec nystagmus d'origine indéterminée, avec du salicylate de soude, il crut pouvoir différer son emploi. Il attribuait d'ailleurs les bons résultats des deux observations précédentes à la précocité de l'énucléation, qui avait été exécutée dès les premiers symptômes d'inflammation sympathique.

Mais brusquement survint une aggravation : l'œil qui dans la journée paraissait presque intact se trouva le lendemain matin tout rouge et douloureux. Il présentait une longue

synéchie demi-circulaire. Des doses croissantes de 3, 4, 5 grammes de salicylate de soude furent prescrites. Au bout de quelques jours, un mieux apparut et après 3 semaines le danger était conjuré.

Mais une rechute à un degré très aigu survint. Le vitré, qui jusqu'alors était resté intact, se remplit en très peu de temps d'une masse exsudative vert-jaunâtre. L'iris était en séclusion complète, à la position moyenne de dilatation, et une surface bosselée témoignait de la présence d'exsudats à sa face postérieure. Fait remarquable, le cornée, la chambre antérieure et le cristallin restaient clairs. L'acuité était tombée à la perception lumineuse. Bien que l'auteur considérât cet œil comme perdu, il institua le traitement salicylé encore quelques semaines, ainsi que diverses autres médications, sans constater d'amélioration. L'œil restait décoloré en tous points ; la tension, quoique abaissée, n'était pas tombée en-dessous de la normale. De nombreux vaisseaux apparurent sur l'iris, toujours bosselé et très adhérent. Le statu quo persista ainsi 2 mois après la dernière rechute. A ce stade, le malade perçoit les mouvements de la main dans le voisinage de l'œil. Cependant, l'acuité se relève dans le courant de la dernière semaine, au point de permettre de compter les doigts à deux mètres. Le champ visuel est normal et l'on peut espérer améliorer encore artificiellement l'acuité.

II. — OBSERVATIONS (résumées.)

(Lindahl, 1904.)

L'auteur relate 13 cas d'ophtalmie sympathique évoluant sous forme d'iritis aigu ou subaigu ou d'iridocyclite. L'un de ces cas commença 10 jours après le traumatisme.

Le salicylate de soude fut très efficace, aidé de l'énucléation de l'œil sympathisant avec, suivant le cas, iridectomie ou transfixion de l'iris de l'œil sympathisé et injections locales de sels mercuriels.

Les doses de salicylate de soude étaient de 4 à 6 gr. par jour pendant un mois et plus. Les malades soumis à ce traitement guérissent tous et récupèrent une bonne acuité. On n'observa pas de rechutes pendant les 3 années qui suivirent la guérison.

III. — OBSERVATIONS (Résumées.)

(Veasey, 1904.)

L'auteur rapporte l'évolution de 2 cas d'ophtalmie sympathique. Dans l'un d'eux, l'infection se déclara 8 ans après la blessure, causée par un petit fragment de verre inclus pendant tout ce temps dans l'œil. Dans l'autre cas, l'infection s'établit 4 semaines après la blessure initiale.

Après d'inutiles tentatives avec des médicaments tels que le mercure, le salicylate de soude à hautes doses fut prescrit. Dans les deux cas, l'affection fut enrayée et les malades récupèrent une acuité convenable.

IV. — OBSERVATION

(Stock, 1911.)

M... Alfred, 1910.

Le 21 novembre, le malade, qui n'avait en aucune façon souffert des yeux auparavant, reçoit un fragment de bois dans l'œil gauche. La vision diminue aussitôt, par suite de la photophobie et de l'épiphora causés par l'inflammation ; le malade pose des cataplasmes chauds et va trouver la semaine suivante le médecin, qui le traite jusqu'au 16 décembre.

Etat au 16 décembre :

OD V = 1/15 avec + 3, 5 D.

OG, compte les doigts à 4 mètres.

Le bulbe est très irrité. A chaque imposition de lumière succède un fort écoulement de larmes. Au milieu de la cornée, une blessure nette, intéressant toute l'épaisseur de la cornée, la divise verticalement, du bord supérieur au bord

inférieur. Les bords de la plaie sont grisâtres, et, à la moitié inférieure le tissu irien est enclavé entre les deux lèvres de la plaie ; le cristallin est trouble et luxé en dehors ; l'examen du fond d'œil est impossible.

Traitement :

Scopolamine, cataplasmes chauds, cure de mercure, et de plus 4 grammes d'onguent mercuriel par jour.

20 décembre : On enlève un petit filament jaune qui s'était développé à la partie inférieure de la plaie.

22 décembre. L'inflammation a pour ainsi dire disparu ; le malade rentre chez lui.

8 janvier. La plaie se referme ; la chambre antérieure est restée aplatie, la cicatrice est légèrement déprimée. La sensation lumineuse et la projection sont intactes.

11 janvier. — A droite, légère injection périkeratique ; pas de troubles subjectifs. Avec la loupe binoculaire on décèle à la face postérieure de la cornée une infinité de petits précipités. Chambre antérieure normale ; la pupille réagit à la lumière et se trouve dilatée au maximum par la scopolamine. La papille est légèrement rosée. En tout cas, aucune lésion décelable du fond d'œil. Légère parésie de l'accommodation.

A gauche, légère injection ciliaire. Pas d'altération d'une façon générale. La projection n'est plus intégralement bonne et sûre. On propose alors l'énucléation ; le malade la refuse et quitte la clinique.

13 janvier. — Le malade revient après-midi et on pratique l'énucléation.

Dissection fraîche de l'œil énucléé.

On coupe avec un scalpel stérile une calotte comprenant le bulbe. Des coupes intéressant le cristallin, la choroïde, le corps ciliaire, colorées suivant les méthodes de Gram, Giemsa, Leissmann, au bleu de méthylène, ne montrent rien de caractéristique. Les culturesensemencées restent stériles.

Examen à l'ultramicroscope.

Sur le champ noir, on aperçoit de petites formations al-

longées, qui sont à la limite de visibilité et sont animées de mouvements propres très vifs. Ces formations, grâce à leurs mouvements, se disposent toujours suivant une raie caractéristique située au milieu du champ. Ces formations se distinguent fort bien des filaments de fibrine qui apparaissent en très grand nombre et sont très visibles dans la préparation.

Examen anatomique.

Sur la cornée, cicatrice déprimée avec laquelle fusionne l'iris. Celui-ci et le corps ciliaire sont envahis de lymphocytes granuleux. L'inflammation n'est pas uniformément répartie sur tout l'iris, mais segmentée en rayons. La choroïde est épaissie du double au triple de la normale. Cet épaississement provient d'un œdème, d'une infiltration diffuse par les lymphocytes. En quelques endroits espacés, on distingue quelques cellules épithélioïdes. La rétine est détachée et dégénérée sur une large surface. Sur la papille les vaisseaux périvasculaires sont infiltrés de lymphocytes.

En résumé tout cela se présente bien comme l'image anatomique d'une inflammation sympathisante.

Le 15 janvier, la plaie de l'énucléation est en bonne voie.

Examen du sang.

Teneur en hémoglobine 80 p. 100 ; nombre de globules rouges : 4.500.000 ; globules blancs : 7.500 répartis suivant :

Leucocytes polynucléaires 70 p. 100 ;

Petits lymphocytes, 22 p. 100 ;

Gros lymphocytes, 5 p. 100 ;

Formes de passage, 2 p. 100 ;

Cellules éosinophiles, 1 p. 100.

Traitement. Onguent mercuriel cinereum, 4 grammes par jour. Salicylate de soude, 10 grammes. Scopolamine.

17 janvier. — L'inflammation du bulbe n'est pas très considérable ; la pupille se dilate ; toute la face postérieure de

la cornée est couverte de granulations de toutes tailles. Le gonflement de la papille est moindre.

Le salicylate de soude amène un fort vomissement, l'appétit manque, le malade éprouve de forts bourdonnements d'oreilles. On donne à partir de ce jour 12 grammes de benzosaline.

25 janvier. Le bulbe est sans inflammation, les précipités ont disparu, au moins en ce qui concerne la moitié supérieure de la cornée.

30 janvier. On ne note plus que quelques précipités sombres sur la moitié inférieure de la cornée. Dans le regard en bas, on peut apercevoir sur la choroïde des trainées effilées de couleur grisâtre, disposées suivant un cercle. La benzosaline, (15 grammes par jour) est très bien tolérée.

3 février. V = 5/20 avec + 3 D. La pupille est dilatée, et l'on voit encore à la face postérieure de la cornée quelques fins précipités disséminés. Les stries circulaires du fond d'œil restent identiques.

4 février. Le malade rentre chez lui, où il doit prendre 10 grammes de benzosaline par jour.

24 février. Les précipités ayant disparu, le bulbe étant normal, et le malade ayant cessé son traitement à partir du 17, on lui fait reprendre son travail le 27 février.

10 mars. A la face postérieure de la cornée, de nouveaux précipités, de grosse taille, apparaissent. On ordonne 10 grammes par jour de benzosaline et un repos relatif. Le malade vient souvent se montrer.

12 avril. Les précipités sont réduits à des points minuscules.

Jusqu'au 25 mai le malade prend encore 40 grammes de benzosaline par semaine.

7 juin. Les précipités ont complètement disparu.

V = 5/15 avec + 3 D.

Le malade est alors capable de travailler. On n'observe pas de rechutes.

10 Août. Le malade est complètement guéri. (Jugement

40 p. 100 de réduction de capacité de travail par suite de l'accident).

V. — OBSERVATION

(Stock, 1911.)

Un homme de 68 ans entre pour cataracte sénile à gauche. Extraction avec petite iridectomie basale le 27 janvier.

28 janvier. L'iris passe un peu dans la plaie et reste recouvert par la conjonctive. La photophobie est intense et continue. Le malade ne rentre chez lui que le 27 février.

O D. V = 5/15; avec — 4 D, V = 1.

O G avec + 10 D sphériques et + 4 D cylindriques, compte les doigts à 4 mètres.

10 mars. A gauche, sur la face postérieure de la cornée en bas, petits précipités isolés.

O G avec + 10 D sphériques et +2,5 cylindriques V=5/25.

L'œil droit est normal, à part un petit début de cataracte.

24 mars. Ophthalmie sympathique.

A droite, légère injection périkeratique ; à la face postérieure de la cornée, en bas, se voit une quantité de petits précipités ; de plus, synéchies postérieures en masse et trouble du vitré. Le malade rentre le 27 mars. L'acuité visuelle a baissé rapidement dans les derniers jours.

O D V = 1/15.

Beaucoup de précipités sur toute la face postérieure de la cornée ; synéchies à peu près complètement circulaires. Le fond d'œil n'est plus visible.

A gauche, même aspect de la cornée qu'à droite.

O G V = 1/20 avec + 11 D.

Traitement. Onguent mercuriel cinereum 4 grammes par jour. Scopolamine. Benzosaline, 10 gr. par jour.

4 mai. Le malade est désorienté, dort beaucoup et finit par recouvrer un peu de conscience : on cesse la benzosaline.

6 mai. Comme le malade est redevenu à tous points de

vue normal depuis hier, il reprend à dater d'aujourd'hui 10 grammes de benzosaline par jour.

9 mai. O D : V = 5/25 avec — 4 D.

Les précipités ont diminué de grosseur et ont pris une teinte sombre. La pupille est dilatée à son maximum.

A gauche, même état de choses.

2 juin. O D : V = 5/20 avec — 4 D.

A droite on voit encore quelques précipités bruns épars.

O G : V = 1/10 avec. + 10 D.

Le malade a pris à ce moment 270 grammes de benzosaline. On cesse le médicament à cause de nouvelles manifestations psychiques. Jusqu'au 15 juin, état stationnaire, acuité constante à droite.

O G : V = 5/20 avec + 10 D combinés avec + 4 D cylindriques à axe horizontal.

Il existe encore quelques précipités et l'on voit des opacités flottantes dans le vitré. Le malade sort.

20 juin. On note une amélioration importante.

O D : V = 5/15 avec — 4 D.

Le bulbe est net ; il reste quelques rares précipités à la face postérieure de la cornée ; en tous cas, pas de nouvelles surcharges. La pupille est dilatée ; les troubles du vitré ont disparu.

O G : V = 5/15 avec + 10 D combinés avec + 4 cylindriques.

Ici encore quelques petits précipités à la partie inférieure de la face postérieure de la cornée. Le vitré est clair, le fond d'œil normal.

15 août. Les yeux sont complètement normaux, et l'acuité s'est maintenue à son taux précédent. Quelques fragments pigmentés subsistent à la face postérieure de la cornée.

Le sujet repart guéri.

VI. — OBSERVATIONS (Résumées.)

(Gifford 1910.)

L'auteur a observé de 1896 à 1910 seize cas d'ophtalmie sympathique vraie avec iritis récent, dépôts sur la Descemet, opacités du vitré et autres symptômes d'inflammation sur des yeux auparavant sains, après blessure pénétrante de l'autre œil et qu'il a tous traités par le salicylate de soude.

Parmi ces cas, l'un avec $V = \infty$ « compte les doigts » et une inflammation encore en cours, a un état et une acuité visuelle stationnaire au bout de 2 ou 3 mois, malgré une cure mercurielle intense et de fortes doses de salicylate de soude.

Un autre, chez lequel en dépit de crises subintrantes de délire, il avait été donné de très fortes doses de salicylate, quitte l'hôpital en aussi mauvais état qu'à son arrivée.

Sur les quatorze autres cas, onze partirent avec $V = 6/9$ ou plus, à savoir : 3 avec $V = 6/9$, 3 avec $V = 1$, un avec $V = 5/6$ et 4 avec $V = 1$.

Un enfant, trop jeune pour être examiné subjectivement, présente après le traitement un œil très clair et pratiquement normal.

Le treizième malade vint un mois après l'invasion de la maladie et repartit avec $V = 6/15$,

Le quatorzième n'a pu avoir que $V = 1/10$. C'était un cas très grave qui nécessita l'extraction du cristallin cataracté.

En résumé, deux mauvais résultats dûs au retard apporté au traitement ou à l'intolérance du sujet vis-à-vis du médicament, un cas passable, un bon et douze très bons.

La plupart vinrent se faire traiter environ une semaine après le début et chez tous sauf un, l'œil sympathisant fut énucléé.

VII. — OBSERVATION (résumée.)

(Alexander, 1911.)

Il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans, fortement myope, qui fut blessé par des éclats de verre provenant d'un de ses verres de lunettes brisé par le projectile d'un pistolet d'enfant. Les éclats pénétrèrent la cornée, l'iris et le cristallin. L'énucléation proposée aussitôt fut refusée. L'œil devint graduellement plus clair, mais resta photophobe et larmoyant. Le traitement consista, en plus du pansement quotidien, en une cure mercurielle énergique — 4 gr. par jour.

Onze semaines après la blessure apparurent pour la première fois sur l'autre œil, jusque là intact, des lésions de la Descemet, qui bientôt s'accrurent.

A ce moment encore, l'énucléation de l'œil droit sympathisant ne fut pas acceptée. La cure mercurielle — 5 gr. par jour — fut reprise. Puis le salicylate de soude fut ordonné. Jusque-là, à part les dépôts de la face postérieure de la cornée déjà constatés, pas de synéchies ni de troubles du vitré. L'œil est amélioré au bout de 3 semaines.

VIII. — OBSERVATION (Résumée)

(Distler, 1914.)

L'auteur a obtenu un résultat manifestement favorable dans un cas d'ophtalmie sympathique traité par la benzosaline, mais signale une cataracte totale consécutive et des opacités du vitré.

IX. — OBSERVATIONS (Résumées)

(Asmus, 1914.)

L'auteur relate deux cas semblables d'ophtalmie sympathique débutant 36 jours après le traumatisme. La guérison est obtenue après énucléation, par le traitement mercuriel

combiné à l'ingestion de salicylate de soude. Les acuités respectives obtenues sont 6/8 et 6/12.

X. — OBSERVATION

(Dor, Archives du Service de Santé, 1917.)

Un soldat avait été blessé par un éclat d'obus ayant traversé l'œil gauche en séton et s'étant logé dans l'orbite. La plaie d'entrée se trouvait au niveau du corps ciliaire, lequel faisait une petite hernie du volume d'une tête de grosse mouche. La hernie n'avait pas été recouverte par une suture conjonctivale et le malade était resté trois semaines dans cet état.

Il nous a été envoyé le 10 juillet avec des symptômes d'irido-cyclite survenue brusquement.

Nous avons fait le jour même un recouvrement conjonctival et prescrit du salicylate de soude. Le 13 juillet, le malade s'est plaint de micropsie de l'œil droit, les douleurs de l'œil gauche ont presque disparu. Le 14 juillet, il restait à droite une réduction d'acuité visuelle comparable à celle d'un scotome central sans phénomènes ophtalmoscopiques.

Le professeur Rohmer, appelé en consultation, fut d'avis que l'énucléation de l'œil gauche pouvait être différée.

Le professeur Lagrange, médecin-principal de deuxième classe, de passage en tournée d'inspection, pensa qu'il valait mieux intervenir.

La question était délicate, parce que le blessé racontait que son œil gauche avait toujours été son bon œil et qu'il voyait encore nettement les gros titres des journaux, malgré son iridocyclite récente. On pouvait espérer une guérison de cet œil et peut-être une restauration de vision complète, malgré une plaie en séton qui, jusqu'au dernier jour, n'avait amené que des troubles visuels peu importants.

Le recouvrement conjonctival, quoique tardif, avait apporté une sédation presque complète des douleurs. Néan-

moins, il parut plus sage d'intervenir et l'énucléation fut pratiquée le 15 juillet.

Un traitement aussi énergique que possible fut institué : injections répétées de benzoate d'hydrargyre dans l'orbite gauche, sur la conjonctive à droite et à la fesse. Salicylate de soude, une injection intraveineuse d'arsénobenzol, atropine, ventouses, vésicatoires, injections sous-conjonctivales d'autosérum.

Malgré ce traitement, il survint une irido-choroïdite généralisée avec hypotonie, troubles du vitré et vision abaissée au-dessous de 1/20.

Ce n'est qu'au bout de six semaines que le malade put recommencer à lire et que le corps vitré redevient transparent. Le salicylate a été donné à très hautes doses jusqu'à 12 gr. par jour, avec des interruptions complètes et une progression croissante, 4, 6, 8, 10, 12, puis décroissante, 10, 8, 6, 4 grammes.

Il semble que l'affection soit conjurée.

XI. — OBSERVATION (Résumée)

(Rothholz, 1918).

L'auteur rapporte un cas d'ophtalmie sympathique débutant cinq semaines après l'accident par un spasme de l'accommodation, et se traduisant par une myopie passant de 1 à 5 dioptries. Ce ne fut que 18 jours plus tard que les phénomènes typiques apparurent. L'œil redevint normal en 3 mois, grâce au traitement suivant : énucléation de l'œil sympathisant, mercure, iodure de potassium et fortes doses de benzosaline.

XII. — OBSERVATION

(Dor, 1919).

Soldat H., 13^e régiment d'artillerie, blessé le 24 août 1918 au limbe scléro-cornéen de l'œil droit par un fil de fer à

l'arsenal de Toul. Une hernie de l'iris est traitée par excision et recouvrement conjonctival le 10 septembre à l'hôpital St-Charles à Toul. Apparition de phénomènes sympathiques le 15 septembre. Le blessé refuse l'énucléation qui lui est proposée et est évacué sur l'hôpital auxiliaire d'armée n° 6, la Malgrange à Nancy, où il reste en traitement jusqu'au 9 novembre. Il a de nouveau refusé l'énucléation de l'œil droit, malgré l'aggravation des phénomènes sympathiques. Il est évacué par ordre sur l'intérieur, le 10 novembre et se présente à l'hôpital des Minimes à Lyon avec l'état suivant :

O D. — Cornée transparente, recouvrement conjonctival vers 11 heures, pupille elliptique avec inclinaison de l'axe principal de 8 à 11 heures, immobilité atropinique, dilatation faible, pas de manifestations nettes d'iritis, cristallin paraissant normal, fond d'œil difficilement éclairable par trouble du vitré. $V = 1/30$. Tension normale, peu d'injection conjonctivale.

O G. Descemétite. Pupille largement dilatée et ronde, mais présentant à l'examen ophtalmoscopique des dépôts rayonnés sur la cristalloïde, sur tout le pourtour de l'ouverture pupillaire ; corps vitré flou, mais permettant cependant de voir nettement une rougeur accentuée de la papille et un œdème péripapillaire prononcé. Tension normale. $V = 1/20$. Injection conjonctivale manifeste.

Devant l'ancienneté de l'affection qui remontait à près de deux mois et devant l'affirmation du malade qu'il y avait une amélioration indiscutable puisqu'il disait avoir été presque aveugle à un moment donné, nous soumettons le cas à l'appréciation de nos collègues, le professeur Rollet et le docteur Jacqueau, leur opinion corrobore la nôtre qu'il n'y a pas d'indication urgente à faire une énucléation tardive.

Le malade prend régulièrement par jour 6 gr. de salicylate de soude. Nous avons fait aussi deux injections sous-conjonctivales d'autosérum avec de la sérosité de vésicatoire, enfin, après une première amélioration importante, nous avons, sans arrêter l'usage du salicylate, fait une douzaine

d'injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre, à partir du 10 décembre.

Nous avons déjà contaté, avant tout emploi d'hydrargyre, le 26 novembre :

$V O D = 1/20$. $V O G = 1/4$.

Le 24 décembre, nous trouvons :

$V O D = 1/5$. $V O G = 2/3$.

Le malade n'a pas cessé de faire usage de l'atropine deux fois par jour dans les deux yeux.

A l'examen ophtalmoscopique pratiqué le 26 décembre, on trouve une papille un peu rouge, mais non œdémateuse, un corps vitré tout à fait transparent à gauche, légèrement trouble à droite, encore quelques dépôts sur la cristalloïde à gauche. On ne voit plus de trouble de la cornée à l'œil nu, mais avec la loupe binoculaire, on perçoit encore un piqueté très fin, surtout dans la moitié inférieure de la cornée gauche ; rien à droite ; aucune injection conjonctivale.

Le malade est proposé pour une convalescence.

L'opinion de l'auteur est qu'il s'agit d'un cas où la guérison est imputable surtout au salicylate de soude ; en effet, le malade a pris 6 gr. de ce médicament tous les jours pendant 45 jours à Lyon et il en avait déjà pris 3 gr. par jour à Nancy pendant un mois, en même temps qu'on lui faisait 14 injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre, des applications de ventouses sèches aux tempes tous les jours et des frictions au front avec de la pommade mercurielle. L'hydrargyre n'a été employé à Lyon qu'à un moment où le résultat thérapeutique était presque assuré. Le malade a eu en tout 24 centigrammes de cyanure et a pris 440 grammes de salicylate de soude.

Les injections d'autosérum donnent à l'auteur l'impression d'avoir été, par exception à la règle générale, plutôt nuisibles. En effet, le malade a eu une baisse de vision assez sérieuse pendant les 2 ou 3 jours qui ont suivi ces injections.

ΔIII. — OBSERVATION (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Dor.

M. E..., blessé à l'arsenal de Roanne à l'œil droit, fin décembre 1923, se présente le 10 janvier 1924 avec les symptômes suivants : chémosis, hypopyon, blessure cornéenne sans hernie de l'iris, ni synéchies antérieures. Douleur peu considérable. Une radiographie montre qu'il n'y a pas de corps étrangers intraoculaires.

On essaie une thérapeutique conservatrice en pratiquant des injections fessières de lait et des injections sous-conjonctivales d'autosérum. L'état s'aggrave néanmoins et le 15 janvier, on pratique l'énucléation.

Le 23 janvier, le malade qui était retourné à Roanne, revient avec un début d'ophtalmie sympathique à l'œil gauche. Dans le fond de l'orbite du côté droit, le moignon du nerf optique est tuméfié. On l'excise et on injecte du cyanure hydrargyre dans l'orbite. A gauche, la papille est rouge, le corps vitré un peu trouble et il y a de l'iritis. Acuité visuelle 1/10.

Du 23 janvier au 1^{er} février, iridocyclite évoluant, hypotonie, vision presque disparue. A partir du 23 janvier, le malade a pris 8 grammes et une fois 10 gr. de salicylate de soude. Le 2 février, amélioration à tous les points de vue. Une semaine plus tard, l'acuité est de nouveau ce qu'elle était avant le 23 janvier.

L'examen de l'œil énuclé montre qu'il n'y avait pas de corps étranger intra-oculaire, mais le corps vitré était purulent, et il y avait des traînées purulentes dans la choroïde. C'était bien une panophtalmie.

XIV. — OBSERVATION (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Jeandelize, 1923.)

Observation n° 555.

Journalier âgé de 25 ans qui fut victime d'un accident de travail survenu le 24 octobre 1922: au cours de son travail, un éclat de fer vint le frapper à l'œil gauche. Un confrère le soigne durant trois semaines, puis le malade entre à l'hôpital de Nancy.

A la clinique ophtalmologique, on constate à l'œil gauche une plaie en voie de cicatrisation située au niveau du limbe entre 1 heure et 3 heures. L'étendue de la plaie et d'environ 5 à 6 millimètres. Il y a cataracte traumatique, effacement de la chambre antérieure, injection périkeratique. La tension est normale. Acuité V = 0. Une radiographie se montre négative. L'œil droit à une acuité normale V = 10/10.

Le malade quitte l'hôpital.

20 janvier 1923. Le blessé se présente de nouveau à la clinique présentant à droite de l'iridocyclite avec papillite, milieux troubles, rougeur oculaire, photophobie. L'œil gauche est également irrité. On procède d'urgence à l'énucléation de l'œil gauche et on fait à droite le pansement local habituel (atropine, dionine, etc.).

26 janvier. On pratique une injection de lait de 7 centicubes.

27 janvier. La galactothérapie est suivie d'une amélioration; toutefois, l'iridocyclite persistant, on fait une injection de 0,15 de néosalvarsan intraveineux et on institue le traitement au salicylate de soude per os. On débute par 2 grammes. A ce jour, l'acuité est V = 4/10.

28 janvier. Iridocyclite aggravée. Salicylate de soude, 6 gr.

29 — Amélioration — 8 gr.

30 — — — 10 gr.

31 — L'œil est à peine rouge, les milieux redevennent transparents, mais l'acuité ne s'améliore pas. Salicylate de soude 12 gr.

Deuxième injection de néosalvarsan: 0,30.

1^{er} février Salicylate de soude 12 gr.

2 fév. V compr. entre 6/10 et 7/10. Sal. de soude 12 gr.

Jusqu'au 7 février, le malade prend quotidiennement 12 grammes de salicylate. Le 7 février, injection de 0,45 de néosalvarsan. A partir de ce jour, on diminue progressivement les doses de salicylate.

11 février. Le malade va très bien; V = 9/10. On cesse complètement le traitement salicylé.

16 février. Le malade se représente à nous avec récurrence. V = 2/10. On fait 7 centicubes de lait en injection intramusculaire et on reprend l'ingestion de salicylate de soude; le malade prend ce jour..... 4 gr.

17 févr. Neosalvarsan, 0,60. Salicylate de soude 6 gr.

18 — — 8 gr.

19 — — 10 gr.

Du 20 au 25, le malade prend par jour 12 grammes de médicament. Il lui est fait le 23 février 0,75 de néosalvarsan intraveineux.

26 févr. Salicylate de soude 10 gr.

27 — — 8 gr.

28 — — 6 gr.

1^{er} mars — 4 gr.

2 mars Néosalvarsan, 0,75. — 4 gr.

Amélioration : V = S/6 7/10.

Jusqu'au 10 mars, le blessé prend 4 grammes par jour de salicylate. A cette date, il va bien et on cesse l'administration du médicament à partir du 11.

Le 9 mars, V = s/c 9/10.

12 mars. Le malade a éprouvé des douleurs oculaires dans le courant de la nuit précédente. A l'examen, on constate une cornée trouble, de fins précipités dans le segment inférieur. Le traitement local a toujours été continué jusqu'à ce jour. V = s/c 6/10 faible.

Ni sucre ni albumine dans les urines. On reprend le salicylate: 4 grammes.

13 mars	Salicylate de soude	4 gr.
14 —	—	6 gr.
15 —	—	8 gr.
16 —	V = 1/10	10 gr.
17 — et jour suivants	dose <i>pro die</i> de —	12 gr.

jusqu'au 21 mars inclus. A cette date, la rougeur oculaire a disparu, mais le malade a de la papillite. V = 5/10 faible.

Le docteur Dor, consulté à ce moment, conseille de maintenir le malade sous l'influence du salicylate de soude en permanence, en raison de l'allure récidivante et sévère de la maladie; mais il ne croit pas que le médicament puisse agir sur la papillite.

22 mars. Il n'y a plus de rougeur oculaire; les milieux se sont éclaircis, mais il reste une papillite intense. A l'examen ophtalmoscopique, la papille a la même coloration que le reste du fundus; on ne peut que la deviner, car elle se confond avec les zones avoisinantes. Malgré cela, le champ visuel a des limites sensiblement normales. On prescrit: salicylate de soude, 8 grammes, car on prend le parti de diminuer les doses de ce médicament pour ne plus donner que des doses d'entretien; son influence sur la papille reste, en effet, à craindre.

Un nouvel examen des urines ne décèle ni sucre ni albumine.

23 mars.	Salicylate de soude	6 gr.
Du 24 au 27 mars inclus,	—	4 gr.

A cette date, l'aspect de la papille est resté le même. V = s/c 2/10.

Du 28 au 30 inclus,	salicylate de soude	4 gr.
---------------------	---------------------	-------

Le 30, injection intraveineuse de néosalvarsan, 0,15.

Le 31 mars, le malade quitte l'hôpital, continue le traitement salicylé à dose de 2 grammes par jour. L'œil n'est plus rouge, mais l'acuité est stationnaire, V = 2/10.

Le 2 avril, le malade rentre avec une nouvelle poussée d'iridocyclite: l'œil est très rouge. L'acuité a baissé V = 1/10.

C'est une nouvelle rechute de la maladie. Le malade n'a jamais cessé de prendre du salicylate, mais à une dose plus faible. Il semble, d'après cela, que la dose d'entretien soit, au minimum, de 4 gr. On prescrit: salicylate de soude 4 gr.

3 avril	—	6 gr.
4 avril. Œil moins rouge	—	6 gr.

Cette dose de 6 grammes est maintenue jusqu'au 20 avril. Le 6 avril, on fait 0,30 de néosalvarsan intraveineux. Le 7, on constate qu'au point de vue de la réaction inflammatoire, l'œil va progressivement mieux. L'examen ophtalmoscopique pratiqué le 11 montre le même aspect du fond de l'œil, avec papillite intense. A ce moment V s/c plus petit que 1/10.

Le 13, injection intraveineuse de 0,45 de néosalvarsan.

Le 20 avril, l'acuité se relève V = s/c 3/10. Salicylate de soude 6 gr. et injection de néosalvarsan de 0,60.

Du 21 au 26 avril inclus, la dose de salicylate est abaissée à 4 grammes *pro die*.

Le 26, il semble que cette dose d'entretien soit devenue insuffisante, car le malade présente à nouveau une rechute d'iridocyclite avec injection périkeratique.

27 avril. Néosalvarsan intraveineux 0,60. Salicylate de soude, 6 grammes.

28 avril. Injection de lait, 7 centicubes, salicylate de soude, 6 grammes.

L'injection de lait est suivie d'une réaction insignifiante.

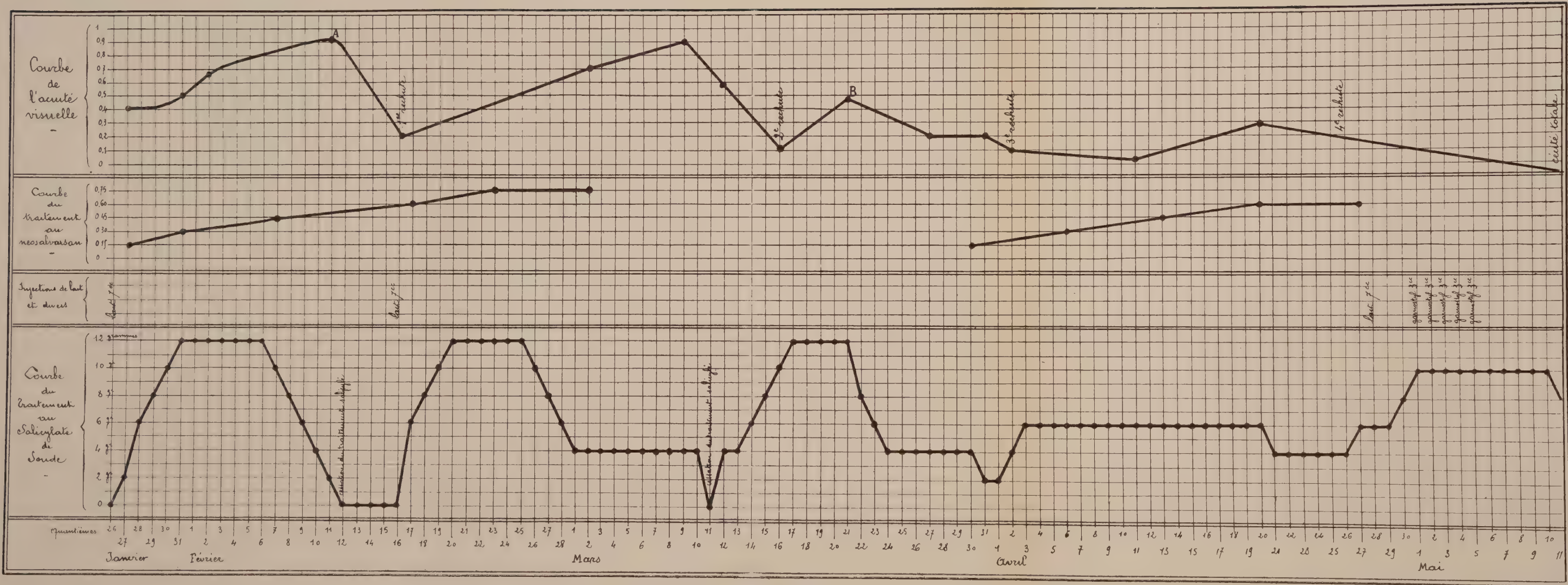
29 avril. Douleurs aiguës, céphalées frontale et temporale droite au cours de la nuit précédente et qui empêchent le malade de s'alimenter. Epiphora intense, même état oculaire. Salicylate de soude, 6 grammes.

30 avril. Iridocyclite avec forte injection périkeratique, iris trouble. Il devient difficile de percevoir le fundus à l'ophtalmoscope.

Tension au tonomètre de Schiötz T = 20 mm Hg. Salicylate de soude 8 gr. Ni albumine ni sucre dans les urines.

A partir du 1^{er} mai jusqu'au 10 inclus, dose quotidienne

OBSERVATION XV (Service de M. le Professeur Jeandelize)



de 10 grammes de salicylate, associées pendant les cinq premiers jours à 3 centicubes de gamostyl.

11 mai. Le salicylate de soude n'agit plus. Du glaucome survient et l'affection se termine par la cécité totale.

OBSERVATION XV

(PATRY, 1924.)

Enfant de 9 ans, blessée à l'œil droit en tombant contre un lit de bois, le 9 mars 1923. La douleur ne l'empêche pas d'aller à l'école le lendemain et ce n'est que le lendemain qu'elle est conduite chez le D^e Roux, de Saint-Gervais-les-Bains qui l'adresse à l'auteur, pour plaie perforante de l'œil.

Le 20 mars, on constate une perforation cornéo-sclérale avec grosse hernie de l'iris, hypopyon, séclusion pupillaire, aucun chémosis, réaction très minime. Rien ne fait penser à une panophtalmie suppurée, il y a iritis à hypopyon. L'enfant entre immédiatement à l'hôpital et dans l'après-midi, on s'apprête à faire une énucléation sous anesthésie locale. Quoique l'enfant soit très tranquille, pendant l'incision conjonctivale, la plaie scléro-cornéenne s'entrouvre et donne issue à du pus tout à fait liquide. On se contente de faire une exentération et après lavage au sublimé de la coque sclérale, on applique un pansement.

Les suites opératoires sont normales, le pus disparaît rapidement, l'état général s'améliore d'une façon surprenante et l'enfant quitte l'hôpital le 3 avril avec une plaie complètement cicatrisée et un état général excellent. Elle doit revenir au bout de quinze jours.

Le 17 avril, le moignon droit et la cavité ont un bon aspect. La mère n'a attaché aucune importance à la rougeur de l'œil gauche qui a été remarquée depuis quelques jours. On constate une forte injection périkeratique avec dilatation de tous les vaisseaux conjonctivaux, des précipités rétrocornéens abondants, l'humeur aqueuse trouble (l'enfant, il est vrai très déprimée, n'a pas remarqué de baisse très notable

de la vision), des synéchies postérieures qui cèdent assez rapidement à l'atropine; une demi-heure après, la pupille est en grande partie dilatée et l'acuité est de $1/3$, beaucoup meilleure que l'état de l'œil ne permettait de le supposer; pas de chémosis. On fait une injection sous-conjonctivale de sublimé. L'enfant rentre à l'hôpital et l'on énuclée le moignon le jour même. A la fin de l'après-midi, la pupille est complètement ronde, toutes les synéchies sont rompues. Traitement: salicylate de soude, 4 gr., friction avec 2 gr. d'onguent gris.

19 avril. Injection sous-conjonctivale de sublimé, atropine, dionine à 4 p. 100.

21 avril. Amélioration générale et locale très sensible, précipités rétro-cornéens en partie résorbés, papille normale. Injection au sublimé.

24 avril. *Idem*.

28 avril. L'amélioration est frappante. $V = 1$. Ayant un doute sur la nature sympathique de ces accidents, on fait une réaction de B.-W. qui est nettement positive. Le même traitement est continué. L'enfant est gaie et a retrouvé la bonne mine qu'elle avait à la fin de son précédent séjour à l'hôpital. Le salicylate paraît donc très bien supporté.

1^{er} mai. $V = 1/10$, surdité. L'enfant est obnubilée et indifférente. Suppression du salicylate et des autres médicaments, traitement désintoxiquant.

5 mai. La surdité diminue.

8 mai. B.-W. de contrôle nettement positif. $V = 2/10$. Papille légèrement œdémateuse surtout dans sa partie inférieure.

15 mai. $V = 2/3$. Au microscope cornéen, on voit encore quelques précipités. L'atropine interrompue depuis 10 jours est reprise. Synéchies. Novarsénobenzol Billon 0 gr. 07. L'audition paraît redevenue normale.

22 mai. $V = 1/10$ en mydriase maxima; précipités à disposition radiée sur la cristalloïde antérieure. L'enfant n'a jamais présenté de larmoiement ni de douleur du côté de l'œil gauche, elle est du reste très courageuse (ou insensible);

l'exentération et l'énucléation se sont très facilement faites à l'anesthésie locale et les injections de sublimé ne provoquent jamais de plaintes. Vitré transparent. Injection sous-conjonctivale de sublimé.

26 mai. Novar. 0, 15.

29 mai. — Novar. 0,15. Précipités rétro-cornéens gris, rares et petits. Exsudats de la cristalloïde antérieure formant une couronne brunâtre. Œdème papillaire.

30 mai. Novar. 0, 20. $V = 1/3$.

2 juin. Novar. 0, 30.

3 juin. $V = 1$. Champ visuel normal pour le blanc.

9 juin. Novar. 0, 30.

15 juin. Novar. 0, 30. Papille assez saillante dans sa partie inférieure. Vision de près = 1 Wecker.

19 juin. Champ visuel normal pour le blanc.

11 juillet. B.-W. moyennement positif sur un sérum en partie anticomplémentaire.

31 juillet. Réaction pupillaire normale. Cure de biiodure.

14 août. Dépôts précristalliniens sans changement. La pupille ne fait plus aucune saillie.

22 août. Examen du D^r Girod. Malgré les tympana laiteux par sclérose, l'audition peut être considérée comme normale.

1^{er} septembre. L'enfant quitte l'hôpital. $V = 1$.

21 janvier 1924. B.-W. positif total.

11 mars. Cavité droite, rien de particulier. A gauche, légère injection qui augmente au moindre examen, précipités brunâtres, abondantes synéchies postérieures. $V = 2/3$. La malade rentre à l'hôpital. Atropine, dionine, frictions mercurielles.

15 mars. Les synéchies de la moitié externe sont rompues; les autres persistent. Céphalée. Salicylate de soude à doses décroissantes, 4 gr., 3 gr., 2 gr., 1 gr.

19 mars. La céphalée a disparu.

22 mars. L'œil n'est plus injecté, les synéchies persistent.

5 avril. $V = 1/2$. Rares précipités rétro-cornéens. Série d'arsénobenzol.

6 mai. $V = 1$.

OBSERVATION XVI

(BRETAGNE, 1924.)

(Service de M. le professeur agrégé Jeandelize.)

Homme de 52 ans opéré vers le 25 juin 1923 d'une iridectomie antiglaucomateuse (œil gauche).

30 juillet 1923. Œil gauche: injection périkeratique et générale. Petite hernie de l'iris. Lampe à fente : pas de synéchies, nombreux dépôts de pigments sur la cristalloïde. Œil mou. V. O. G. = Perception lumineuse.

Le jour même: cautérisation ignée de la hernie qui disparaît presque complètement, mais reparait de nouveau les jours suivants. Traitement local habituel.

Le 10 août, assez brusquement, puisque le 8 août il ne présentait rien d'anormal, l'œil droit devient rouge avec injection périkeratique marquée.

Lampe à fente: synéchies nombreuses dans la moitié inférieure de la pupille, grains de pigment sur la cristalloïde. Céphalée, photophobie. Tableau très menaçant d'ophtalmie sympathique.

Vingt minutes après l'instillation d'atropine, examen au microscope: les synéchies se sont rompues, la dilatation est au maximum, mais déjà des grains de pigments se déposent au niveau de la nouvelle pupille; on observe des trainées de fibrine dans la chambre antérieure.

La papille est normale. Traitement local: compresses chaudes, dionine, atropine et aspirine.

Le lendemain, la dilatation se maintient, et il n'y a plus de fibrine dans la chambre antérieure: l'iritis semble s'améliorer, même traitement.

Le 13 août, même état: trouble de la moitié inférieure de la chambre antérieure.

Le 14 août: œil droit très rouge, chambre antérieure très trouble, fond de l'œil à peine éclairable (V. O. D. = 1/10) (avec ou sans correction), injection intra-fessière de 7 cm³

de lait, à 9 h. 30. Vu à 15 h., pas de réaction fébrile, pas de changement à l'œil.

Le 16 août: œil droit presque blanc, œil gauche également très amélioré, presque blanc. (V. O. D. = $4/10$ avec ou sans correction.) A 13 h. 30, injection intra-fessière de 7 cm³ de lait. Le soir, à 22 heures, grosse fièvre.

Le 1^{er} août: œil encore plus blanc. Chambre antérieure très claire, il semble que les pigments sur la cristalloïde aient même diminué (V. O. D. + 0,50 = $8/10$). L'œil s'améliore nettement.

18 août. Chambre antérieure bien claire, iris net, pas d'exsudats, dépôts disparus sur la Descemet, il reste seulement un peu d'injection périkeratique.

20 août. Œil de nouveau rouge, quelques douleurs frontales, légère baisse d'acuité (V. O. D. + 0,50 = $7/10$), nouvelles synéchies au niveau de la pupille actuelle.

21 août. Amélioration.

22 août. L'œil est bien moins rouge, la dilatation est complète, il n'y a pas de douleurs, mais on trouve une papillite très nette: papille rouge, bords très confus, veines dilatées, fundus légèrement trouble. V. O. D. = $3/10$.

23 et 24 août. Etat stationnaire. Le malade prend 1 gr. de salicylate de soude et 1 gr. d'aspirine.

25 août. Œil bien blanc, papille moins rouge et moins floue, les éléments sont distingués plus nettement. Les jours suivants, la dose de salicylate de soude est portée progressivement à 5 grammes.

Du 25 août au 21 septembre, aspect sensiblement constant de la papille, avec une acuité oscillant entre $7/10$ et $8/10$. Salicylate 5 gr. pro die.

A partir du 27 septembre, amélioration plus nette: la papille reprend son aspect normal.

—Le 13 octobre, V = 1.

En mai 1924, papille normale.

§ IV. - Discussion des Observations

Nous avons réuni dans les pages précédentes 47 cas d'ophtalmie sympathique, parmi lesquels 43 ont été traités par le salicylate de soude, 3 par la benzosaline et un par les deux médicaments employés successivement. L'impression générale qui se dégage de la lecture des observations est nettement en faveur de la médication salicylée.

En effet, nous relevons pour les 42 malades traités par le salicylate de soude :

28 résultats très bons	{	1 cas de Heuse, 13 cas de Lindahl, 12 cas de Gifford, 1 cas de Patry, 1 cas de Jeandelize et Bretagne.
9 résultats assez bons	{	1 cas de Heuse, 2 cas de Veasey, 1 cas de Gifford, 1 cas d'Alexander, 2 cas d'Asmus, 2 cas de Dor;
3 résultats douteux	{	1 cas de Heuse, 1 cas de Gifford, 1 cas de Dor;
1 cas où l'emploi du salicylate fut suivi d'améliorations transitoires	{	1 cas de Jeandelize.
2 résultats mauvais:		2 cas de Gifford.

Pour les trois malades traités par la benzosaline, nous trouvons :

1 résultat très bon : cas de Rothholz.

2 résultats assez bons :

1 cas de Stock ; 1 cas de Distler.

Enfin, pour le malade traité consécutivement par les deux médications :

1 résultat bon : cas de Stock.

Il est très difficile de déterminer avec précision à quels facteurs causals ressortissent les succès de la médication salicylée dans chaque cas particulier, mais il nous paraît, — et les observations que nous citons corroborent notre opinion, — que le traitement a d'autant plus de chances de réussir, qu'il est appliqué plus précocement et que les doses de substance active mises en œuvre sont plus massives. Il semble que pour lutter efficacement contre l'affection, l'organisme doive être en quelque sorte imbibé, saturé de salicylate de soude. Et, à ce point de vue, l'observation XV, du service de M. le professeur agrégé Jean-delize, de Nancy, est des plus instructives. Le lecteur voudra bien se reporter au schéma dont nous l'avons fait suivre.

On remarque, tout d'abord, que dans la première attaque d'ophtalmie sympathique, l'acuité visuelle remonte de 4 à 9 dixièmes en seize jours, au cours desquels le malade a absorbé 140 grammes de salicylate. Le point A de la courbe d'acuité, représentant l'acuité récupérée maxima, correspond exactement avec le dernier jour (11 février) où le malade prit du salicylate. A partir de ce jour, le traitement salicylé étant interrompu, on voit

l'acuité redescendre progressivement; et le fait que l'acuité ne baisse pas brusquement montre bien qu'il s'agit d'une sorte d'imbibition par le salicylate, dont les effets se font encore sentir pendant les cinq jours qui suivent la cessation du traitement. La première rechute, du 16 février, guérit comme l'attaque initiale, après absorption de 160 grammes de salicylate. Il est très intéressant de remarquer que cette rechute a lieu en plein cours du traitement arsenical concomitant et que, par conséquent, la première série de piqûres de néosalvarsan n'a nullement empêché une rechute. Nous constatons le même fait dans la suite: au cours de la troisième rechute, par exemple, la nouvelle série de piqûres de néosalvarsan ne semble en aucune façon influencer sur l'acuité, dont la courbe descend. D'ailleurs quelques jours plus tard, la quatrième rechute d'iridocyclite survient après quatre piqûres, soit l'injection de 1 gr. 50 de novarsénobenzol.

Donc, le 11 mars, on essaie à nouveau de soustraire le malade à son médicament; mais une nouvelle reprise de la maladie prescrit à nouveau son emploi. Fait remarquable: cette deuxième rechute est caractérisée au point de vue graphique par la concordance rigoureusement exacte du sommet de la courbe d'acuité (au point B) et de l'extrémité du plateau formé par les cinq jours de traitement à la dose de 12 grammes. Le 21 mars, on diminue la dose de salicylate, l'acuité baisse. Lors des deux premières attaques, les sommets homologues des deux courbes étaient décalés l'un par rapport à l'autre de 5 et de 11 jours: il est curieux de constater que ce retard apporté dans l'amélioration de l'acuité n'existe que lorsque, au traitement salicylé, est joint le traite-

ment arsenical: il n'est pas impossible que le néosalvar-san joue un rôle effectif dans ce retard qu'aucune autre constatation ne vient expliquer.

Quoi qu'il en soit, la similitude des deux courbes, d'acuité et d'administration de salicylate de soude, n'est certes pas l'effet d'une simple coïncidence, et, si triste qu'ait pu être le résultat final de cette observation, celle-ci n'en reste pas moins le document le plus éloquent à l'heure actuelle en faveur du traitement par le salicylate de soude de l'ophtalmie sympathique.

A quoi attribuer le résultat, si contraire aux espérances, de ce traitement? Il est hors de doute que nous étions en présence d'un cas particulièrement pernicieux d'ophtalmie sympathique, d'une forme à rechutes qui plus tard prit la forme très grave à papillite; par deux fois la médication salicylée ramena l'acuité à 9/10 et enraya le processus inflammatoire; il est vraisemblable que des phénomènes d'accoutumance doivent être incriminés dans le cas qui nous occupe. Le malade a pris en tout 700 grammes de salicylate de soude en trois mois et demi.

L'analyse de l'observation XII, de M. Dor, a suscité à la Société française d'Ophtalmologie de Paris, en 1919, une discussion au cours de laquelle M. Morax déclara voir dans ce cas d'ophtalmie sympathique guérie sans énucléation, par la seule action du salicylate de soude, une preuve qu'il existe des ophtalmies sympathiques bénignes. M. Dor ne fut pas de cet avis et assura que l'affection, dans le cas particulier, s'annonçait comme devant être très grave et que c'est l'action thérapeutique du salicylate de soude qui l'a rendue bénigne. Ce cas d'oph-

talmie sympathique est très suggestif, car il est à peu près le seul dans la littérature se terminant par une acuité visuelle des deux yeux presque normale.

L'observation XVI, présenté par Monsieur le docteur Bretagne au dernier congrès de la Société française d'Ophtalmologie, montre que le salicylate de soude peut agir sur la papillite au point de ramener l'acuité à la normale. Il semble donc bien que l'échec de l'observation XIV soit dû à la forme particulièrement sévère de l'affection.

CHAPITRE QUATRIÈME

MODE D'ACTION DES SALICYLÉS

Les composés salicylés ont des propriétés antiseptiques reconnues de longue date, et un pouvoir antifermentatif nettement démontré. Mais l'action qu'exercent les salicylés sur les ferments et les microbes est seulement suspensive et temporaire. Pour tuer les bactéries, il faut une proportion de substance active de 1 pour 60, d'après Manquat, de 1 pour 250 à 300, d'après Gifford. Le salicylate de soude renferme 80 p. 100 d'acide salicylique, mais les pouvoirs antiseptiques de ces deux produits ne sont pas dans cette proportion: on admet que le salicylate a une valeur antiseptique moitié moindre de celle de l'acide qu'il contient.

Le salicylate de soude est décomposé en acide salicylique dans le tube digestif, puis se combine à nouveau dans le sang sous sa forme initiale. En effet, on ne trouve jamais d'acide salicylique dans le sang des individus normaux, mais il existe dans le sang des individus étouffés, où la tension en acide carbonique est plus grande, et suffisante pour déplacer de ses sels l'acide salicylique. Ewald l'a trouvé au niveau des régions frappées d'infection, dans les tissus enflammés, où la tension en CO^2 est,

d'après cet auteur, trois fois plus grande que dans les tissus sains.

L'expérimentation montre qu'on retrouve le salicylate de soude dans l'humeur aqueuse du lapin, 4 à 6 heures après l'ingestion. Le passage dans l'œil est favorisé par des instillations de collyre à la dionine et par les injections sous-conjonctivales. Un œil normal contient autant de salicylate qu'un œil artificiellement infecté. Ce médicament passe dans l'œil environ 35 minutes après l'ingestion, et a disparu au bout de 24 heures; on le retrouve dans l'humeur aqueuse, le corps vitré, un peu dans l'uvée et pas du tout dans le cristallin. L'élimination du salicylate de soude est très rapide et se fait dans la proportion d'environ 63 p. 100 par les urines.

Administré par voie intraveineuse, le salicylate augmente la fréquence du pouls, l'énergie de la systole et la pression intravasculaire. Les capillaires se dilatent, la vitesse du courant sanguin augmente et les doses fortes provoquent de la dyspnée.

Divers auteurs et, en particulier Weil-Hallé et Chabannier, ont relaté les troubles violents que peut provoquer une seule injection intraveineuse de salicylate de soude. Ils ont observé des vomissements, des douleurs violentes au niveau des membres et une hyperthermie de 3 degrés durant de 12 à 24 heures. Ces symptômes n'existent pas chez l'enfant, chez lequel une concentration de 50 p. 100 de médicament peut être employée impunément. Ces symptômes sont ceux d'un choc, de nature encore mal déterminé, mais analogue au choc colloïdoclasique.

Quelle est l'action du salicylate de soude sur les éléments cellulaires? Elle a fait l'objet de nombreuses recherches.

D'après Pouchet, les salicylés abaissent l'activité du protoplasma vivant en diminuant son avidité pour l'oxygène extérieur, et ils ralentissent les processus de formation et de régression.

Arnozan, contrairement à Pouchet, prétend que, si le salicylate de soude n'est pas un analgésique, il diminue du moins la sensibilité douloureuse, par un mécanisme qui reste obscur.

Il est certain que le salicylate n'agit pas seulement sur l'élément douleur, et nous avons en oculistique la preuve qu'il agit sur les modifications organiques acquises, telles que les synéchies, et cela d'une façon extrêmement rapide, que Black n'hésite pas à qualifier de magique.

La différence d'action du salicylate de soude en ingestion et après introduction sous forme de solution aqueuse directement dans le torrent circulatoire, exige d'envisager non seulement les conséquences de la présence même du médicament dans l'organisme, et de sa concentration, mais encore le rôle supplémentaire que peut exercer par choc de nature mal définie, la substance dissoute ou son véhicule.

Comment agit le salicylate de soude dans l'ophtalmie sympathique?

Dans l'hypothèse d'une affection microbienne, il ne peut s'agir d'un pouvoir bactéricide direct, puisque la concentration minima de 1 pour 300 nécessaire pour tuer les cultures *in vitro* ne saurait être obtenue dans l'organisme.

L'hyperleucocytose paraît plutôt le fait de l'infection elle-même que du traitement salicylé, puisque chez des animaux témoins non infectés, le salicylate ne suffit pas

à la produire. Peut-être l'action vaso-dilatatrice des salicylates produit-elle un effet favorable pour l'élimination des produits inflammatoires.

Nous pensons que le fait seul qu'ils augmentent la vitesse du sang dans les vaisseaux capillaires, suffit pour expliquer le mode d'action des salicylés. Les éléments cellulaires, plus nourris, voient leur pouvoir de défense se renforcer; d'autre part, nous avons admis, avec Ewald, que l'acide carbonique se trouvait au niveau des terrains atteints par l'inflammation, en proportion suffisante pour libérer l'acide salicylique de son sel moins puissamment antiseptique. Ce serait donc de l'acide salicylique naissant qui entrerait en contact avec les cellules attaquées ou mortes des tissus enflammés.

Nous admettrons qu'il renforce le pouvoir de défense de celles-là et qu'il solubilise celles-ci, comme il solubilise tout résidu organique. Ainsi le salicylate de soude agirait par deux voies: voie générale, influençant le torrent circulatoire en entier, et voie locale, à la faveur d'une réaction chimique mettant en liberté un antiseptique plus puissant que lui.

Dans l'hypothèse de l'ophtalmie sympathique, affection d'origine cytotoxique, nous arrivons à cette troublante conclusion que le salicylate de soude agit comme médicament anti-anaphylactique.

En effet, les dernières recherches d'Abrami ont démontré que, en présence d'une affection d'origine cytotoxique ou anaphylactique, les antigènes capables de guérir ou d'éviter le choc anaphylactique provoqué par une injection déchaînante, n'étaient pas toujours spécifiques; de plus, des substances cristalloïdes, comme le

chlorure de sodium, injecté dans les veines en solution isotonique, peuvent suffire, au même titre que l'antigène spécifique pris à dose infinitésimale, ou que la peptone, à prévenir les accidents anaphylactiques.

Cette hypothèse est d'autant plus séduisante que Fradkine, après avoir traité trois malades atteints d'ophtalmie sympathique par la galactothérapie et l'autosérothérapie, en concluait qu'il est indispensable, pour obtenir un résultat thérapeutique, que l'injection de lait ou d'autosérum soit suivie de choc. De là à assimiler le choc produit par l'injection intraveineuse de salicylate de soude, cristalloïde, à celui que provoque l'injection de lait ou d'autosérum, il n'y a qu'un pas.

Mais le doute qui subsiste au sujet de la pathogénie de l'ophtalmie sympathique est trop grand encore pour qu'il nous soit permis de le franchir.

CONCLUSION

La médication salicylée ne peut être envisagée comme le traitement spécifique de l'ophtalmie sympathique, mais nous croyons devoir conseiller son emploi; le remède spécifique reste à trouver et il est probable que, le jour où il le sera, s'il n'est pas à lui seul absolument efficace, son action pourra être heureusement secondée par la médication salicylée.

Quoi qu'il en soit, nous devons voir dans le salicylate de soude un auxiliaire précieux de l'ophtalmologiste, un produit qui a fait ses preuves, notamment dans l'ophtalmie sympathique. Nous le considérons comme le meilleur antiphlogistique agissant par voie sanguine, dont nous pouvons disposer à l'heure actuelle en oculistique.

Nous aurons la satisfaction d'avoir accompli œuvre utile, si le fait d'avoir tenté la réhabilitation de la médication salicylée en ce travail, est pris en intérêt par quelques-uns.

SERMENT

Moi..., en présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque!

VU:

Nancy, le 2 Avril 1925.

Le Président de la Thèse,

G. ETIENNE.

VU:

Nancy, le 4 Avril 1925.

Le Doyen,

L. SPILLMANN.

VU et permis d'imprimer,

Nancy, le 4 Avril 1925.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI. — L'anaphylaxie spontanée en médecine. (*Société d'ophtalmologie de Paris*, 16 novembre 1924.)
- ALEXANDER. — Sympathische Ophthalmie. (*Arztliche Verein in Nürtemberg. Münchener medizinische Wochenschrift* 1911, p. 989 et 1422.)
- ASMUS. — Deux cas d'ophtalmie sympathique. (*Zeitschrift für Augenheilkunde*, XLV, 4, p. 211.)
- AUBARET. — Congrès de la Société française d'ophtalmologie, Paris, mai 1922.
- AXENFELD. — Traité d'ophtalmologie, 1914.
- BERNHEIMER. — Zur Behandlung der sympathischen Ophthalmie. (*Archiv für Augenheilkunde*, LXX, 1911, p. 1.)
- BERGELL (Péter). — Die Benzosalin. (*Medizinische Klinik*, n° 6, 1906.)
- BLACK (Melville). — Intravenous use of sodium salicylate in ocular inflammations. (*American Journal of Ophthalmology*, octobre 1924.)
- BLACK (Melville). — *American medical Association*, section of Ophthalmology, june 1924.
- BLUE. — Sympathetic ophthalmia. (*Clinic médical Journal*, XXVIII, p. 163.)
- BOUCHARD. — Congrès du Caire 1902.
- BOUSSI. — Quelques considérations sur l'ophtalmie sympathique. (*Journal de Médecine de Paris*, 1920, XXXIX, p. 504.)
- BOUTEUIL. — De l'emploi en oculistique de quelques médicaments généraux administrés en collyres ou en bains oculaires : iodure de potassium et salicylate de soude. (*Thèse*, Bordeaux 1898-99.)
- CANTONNET. — L'ophtalmie sympathique. Comment l'éviter, comment la reconnaître, comment la traiter. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris 1922, XXXVI, p. 583 et 641.)
- CHEINISSE. — L'année thérapeutique 1922.
- CLARK. — Salizylbehandlung. (*Ref. Jahresbericht für Ophthalmologie*, 1904.)

CONGRÈS de la Société d'Ophtalmologie de Paris, 1922.

CONNOR. — Behandlung der sympathischen Ophthalmia mit salzsauren Natron. (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1907, I, p. 419.)

COURY. — *Monde Médical*, octobre 1922.

COURY, GILBERT et BÉNARD. — *Société de Biologie*, séance du 23 juillet 1921.

DARIER. — Traité complet de thérapeutique oculaire.

DARIER. — *La clinique ophtalmologique*, 10 février 1911, p. 85.

DARIER. — Sérum normal, sérum activé, sérothérapie paraspécifique. (*Société de thérapeutique*, 22 mai 1912.)

DARIER. — La thérapeutique oculaire moderne. (*La clinique ophtalmologique*. Paris 1921, xxv, p. 243-244.)

DEUTSCHMANN. — Zur Pathogenese der sympathischen Ophthalmie. (*Albrecht von Graefe's Archiv für Ophthalmologie*, LXXVIII, p. 494 ; *idem* LXXIX, p. 500 ; *idem* LXXXI, p. 35.)

DISTLER. — Behandlung der sympathischen Ophthalmie. (*Versuche der würtemberger Augenärzte*, nov. 1915 ; *idem* : *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1913, I, p. 141.)

DOR. — Rapport mensuel de la xx^e région, daté du 6 septembre 1917. (*Archives du Service de Santé*, musée du Val-de-Grâce.)

DOR. — Une observation d'ophtalmie sympathique guérie sans énucléation. (*La clinique ophtalmologique*, janvier 1919.)

DOR. — Un cas d'ophtalmie sympathique amélioré par l'extrait de corps ciliaire. (*Province médicale*, Lyon, XI, p. 265.)

DOR. — Bulletins et mémoires de la Société française d'ophtalmologie, 1919, p. 149.

DOR. — Congrès de la Société française d'ophtalmologie. Paris, mai 1922.

DUJARDIN-BAUMETZ. — Dictionnaire de thérapeutique ; articles : acide salicylique et salicylate de soude.

ELEWAUT. — *Archives médicales belges*, 1924.

ELSCHNIG. — Studien des sympathischen Ophthalmie. (*Albrecht von Graefe's Archiv für Ophthalmologie* LXXV, 3 ; *idem* LXXVI, 3 ; *idem* LXXVIII, 3.)

ETIENNE (Ch.). — Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique. (Thèse, Nancy, 1886-1887.)

FRADKINE. — Trois cas d'ophtalmie sympathique traités par des injections parentérales de lait et d'autosérum. (*La clinique ophtalmologique*, juin 1924, p. 322.)

FRANKEL. — Behandlung der sympathischen Ophthalmie; Bericht der ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg. (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, XLIX, 2, p. 483.)

FROMAGET et LAFFAY. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 12 avril 1897.

- FUCHS. — *Traité d'ophtalmologie*, 1901.
- GIFFORD. — Clinical and pathological notes on sympathetic ophthalmia. (*Journal of the American Medical Association*, 10 febr. 1900.)
- GIFFORD. — Über die Behandlung der sympathischen Ophthalmie mit grossen Dosen von Natron salicylicum oder Aspirin. (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1910, I, p. 588.)
- GIFFORD. — On the treatment of sympathetic ophthalmia with Atophan and novotophan. (*Ophthalmic Record*, xxiii, p. 349.)
- GIFFORD. — Some facts about salicylate therapy. (*American Journal of Ophthalmology*, Chicago, 1922, III p. 948-952.)
- GUILLERY. — Die sympathische Entzündung und Tuberculosis. (*Zeitschrift für Augenheilkunde*, LXXXVI, p. 1.)
- GUINON. — Société de Pédiatrie, juin 1922.
- GUIRAL (Rodolpho et Rodolpho-Julio). — L'ophtalmie sympathique: étiologie, pathogénie et traitement. (*La clinique ophtalmologique*, décembre 1923, p. 665.)
- HERZFELD. — Zur intraveinösen Salizyltherapie. (*Münchener Medizinischer Wochenschrift*, 1922, LXIX, p. 735.)
- HEUSE. — Augenärztliche Mitteilungen über die Behandlung der sympathischen Augenentzündung und Anderes. (*Zentralblatt für praktischen Augenheilkunde*, 1901, p. 111.)
- JACKSON (Edward). — Sodium salicylat by intraveinous injection. (*American Journal of Ophthalmology* 1924, VII, p. 648.)
- JACQUEAU et LEMOINE. — Société d'ophtalmologie de Lyon, séance de juillet 1922.
- JAMPOLISKY. — *Zeitschrift für Augenheilkunde*, 1914, III et IV.
- JEANDELIZE et BRETAGNE. — L'autosérothérapie oculaire. (*La Médecine*, janvier 1923, p. 278.)
- KUMMEL. — Les cas limites de l'ophtalmie sympathique. (*Archiv für Augenheilkunde*, vol. LXXXVI, p. 143.)
- KUMMEL. — Ueber anaphylaktische Erscheinungen am Auge. (*Albrecht von Graefe's Archiv für Ophthalmologie*, LXXVII, 2, p. 393.)
- KUMMEL. — Versuche einer Serumreaktion der sympathischen Ophthalmie. (*Albrecht von Graefe's Archiv für Ophthalmologie* LXXXI, p. 486.)
- KUMMEL. — Experimentelles zur sympathischen Ophthalmie. (*Albrecht von Graefe's Archiv für Ophthalmologie*, LXXIX, p. 528.)
- LESNÉ. — Société de Pédiatrie, mai 1922.
- LIAN (Camille). — *L'année médicale pratique*, 1923.
- LINDAHL. — Um den sympatiska ophthalmicus behandling med salicylsirnatnatron. (*Hyggea*, 1904, p. 1195; *idem Jahresbericht der Ophthalmologie*, 1904, p. 628.)
- MANQUAT. — *Traité élémentaire de thérapeutique*.

- MENDEL et HERZFELD. — *Münchener medizinischer Wochenschrift*, 1905, iv, p. 735.
- MORAX. — L'uvéite sympathique. (*Annales d'oculistique*, Paris, 1917, CLIV, p. 426-438.)
- NOËL-FIESSINGER. — Le salicylate de soude intraveineux chez l'enfant. (*Journal des Praticiens*, 1922, p. 680.)
- PATRY, DOR, BRETAGNE, LAGRANGE, DUPUY-DUTEMPS. — Congrès de la Société française d'ophtalmologie, 12-15 mai 1924. (*Archives d'ophtalmologie*, juillet 1924. *Idem: Bulletins et Mémoires de la Société française d'Ophtalmologie*, 1924, XXXVII, p. 452.)
- PETERS. — Die sympathische Augenerkrankung. (*Handbuch der gesamten Augenheilkunde*, herausgegeben von Th. Axenfeld und A. Elschnig, Berlin, 1919.)
- RANDOLPH. — Two cases of sympathetic ophthalmia. — *Transactions of the American Ophthalmic Society* 1913, II p. 448.
- RECLUS. — Des ophtalmies sympathiques. — *Thèse d'agrégation*, Paris 1878.
- REDSLOB. — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ophtalmie sympathique. — *Annales d'oculistique*, 1921, II, p. 659.
- ROHMER. — L'autosérothérapie locale dans les affections oculaires d'origine infectieuse. *Thèse*, Nancy, 1913-1914.
- ROTHHOLZ. — Ein bemerkenswerter Fall von geheilter sympathischer ophtalmie. (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, LXI, p. 664.)
- SCHIECK. — De l'apparition de l'ophtalmie sympathique malgré l'énucleation préventive. — (*Albrecht von Graefe's Archiv für Ophthalmologie*. Vol. xcv, mai 1918, p. 322).
- SCHIECK. — L'ophtalmie sympathique est-elle une inflammation anaphylactique ? (*Zeitschrift für Augenheilkunde*, xxxiv, p. 245).
- SCHÖLER. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1889, n° 27.
- SICARD, PARAF et LERMOYER. — 16^e Congrès français de médecine.
- STARGARDT. — Ueber einen ungewöhnlichen Fall von sympathischer Ophthalmie nach Kriegverletzung. — *Zeitschrift für Augenheilkunde* xxxix, p. 12.
- STOCK. — Ueber Benzosalin bei sympathischer Ophthalmie. — (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, XLIX, 2 p. 483).
- SUTPHEN. — Salizylbehandlung). (*Jahresbericht für Ophtalmologie*, 1904.)
- SZILY (Von). — Die Anaphylaxie in der Augenheilkunde. — (*Suttgart, Ferd. Enke, edit.*)
- TRUC. — Deux nouveaux cas d'ophtalmie sympathique. — (*Archives d'ophtamologie*, juillet 1922.)
- VEASEY. — Clinical and histological observations on sympathetic ophthalmia. — (*American medical Association, section of ophthalmology*. — *Ohpthalmic Record*, 1904, p. 329).

- WAIL (Derrick T.). — Sympathetic ophthalmia, two case. (*Archiv of Ophthalmology*, LI, p. 255.)
- WEIL-HALLÉ et CHABANIER. — *Société médicale des hôpitaux*, 21 juillet 1922.
- WELTON. — Ein Fall von sympathischer Ophthalmia. — (*Archiv für Ophthalmologie*, XL, 3 et 4.)
- WILMER. — The value of drugs in ophthalmology. — (*Journal of the American medical Association*. — Chicago 1921, LXXVII, p. 1223.)
- WOODS (Allan C.) and KNAPP (Arnold). — Thérapeutique de l'ophtalmie sympathique par le pigment uvéal. — (*Archiv of Ophthalmology*, LI, nov. 1922, p. 550.)
- ZANTO (Palich). — Zur therapie der sympathischen Ophthalmie. (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1923, LXIX, p. 799.)
- ZENTMAYER. — Sympathetic ophthalmia. — (*Transactions of the Collège of Physicians of Philadelphia*. 1915, XXXVI, p. 309.)
- ZIEM. — Ueber die Bedeutung von Nasenkrankheiten bei sympathischer Ophthalmie. (*Medizinische Klinik*, 1908, n° 18.)
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Traitement général de l'ophtalmie sympathique	9
CHAPITRE II. — Etude sommaire des divers agents successivement mis en œuvre pour combattre l'ophtalmie sympathique.	13
CHAPITRE III. — Traitement par les dérivés salicylés.....	19
CHAPITRE IV. — Mode d'action des salicylés.....	59
CONCLUSION	65
SERMENT	67
BIBLIOGRAPHIE	69
